

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

Unidad Ajusco

Dirección de Docencia

Academia de Pedagogía

**PROGRAMA FORMATIVO-RECREATIVO PARA
NIÑOS CARDIOPATAS HOSPITALIZADOS**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADAS EN
PEDAGOGIA**

P R E S E N T A N:

Patricia Garduño Álvarez

Rocío Nava Villalobos

Asesor: Felix A. De León Reyes

México, D.F.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| I. ANTECEDENTES Y CARACTERIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ | 7 |
| 1.1. Sistema Nacional de Salud | 9 |
| 1.2. Instituto Nacional de Cardiología | 18 |
| 1.2.1. Cardiopediatría | 28 |
| 1.2.2. La escolita | 32 |
| II. EL NIÑO CARDIÓPATA | 36 |
| 2.1. Desarrollo del niño | 36 |
| 2.2. Desarrollo del niño cardiópata | 43 |
| 2.2.1. Enfermedades cardiacas | 44 |
| 2.2.2. Caracterización del niño cardiópata | 52 |
| 2.2.3. Proceso de hospitalización | 55 |
| III. FORMACIÓN Y RECREACIÓN | 66 |
| 3.1. Formación | 66 |
| 3.1.1. Implicación personal de la formación | 67 |
| 3.1.2. Implicaciones sociales de la formación | 71 |
| 3.2. Recreación | 78 |
| 3.2.1. Juego | 81 |
| 3.2.2. Manualidades | 85 |
| 3.3. Relación formativa - recreativa | 87 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.3.1. | Valor educativo del juego y la manualidades | 89 |
| 3.3.2. | El juego y las manualidades para el cardiópata | 93 |
| IV. | INVESTIGACIÓN DE CAMPO SOBRE EL NIÑO CARDIÓPATA | 95 |
| 4.1. | Fundamentación | 95 |
| 4.2. | Métodos e instrumentos | 96 |
| 4.3. | Diseño y aplicación de los instrumentos | 101 |
| 4.4. | Sistematización de los datos | 109 |
| V. | PROPUESTA PEDAGÓGICA | 128 |
| 5.1. | Justificación | 128 |
| 5.2. | Marco teórico | 131 |
| 5.2.1. | Pedagogía Hospitalaria | 132 |
| 5.2.2. | El papel del pedagogo en el hospital | 143 |
| 5.2.3. | La experiencia de la “escuelita” en el Instituto Nacional de Cardiología | 145 |
| 5.3. | Programa formativo - recreativo para niños cardiopatas hospitalizados | 154 |
| | Presentación | 154 |
| | Objetivo general | 155 |
| | Objetivos particulares | 155 |
| | Metodología | 156 |
| | Estrategias didácticas | 157 |
| | Evaluación | 159 |
| | Actividades | 161 |
| | Manualidades | 161 |
| | Actividades individuales | 162 |

| | | |
|---------------------------|---|-----|
| | Actividades grupales | 181 |
| .Juego | | 192 |
| | Juegos de representación social | 193 |
| | Juegos de ritmo, expresión vocal y gesticular | 203 |
| | Juegos de inteligencia | 215 |
| CONCLUSIONES | | 225 |
| SUGERENCIAS | | 227 |
| GLOSARIO | | 229 |
| ANEXOS | | 233 |
| BIBLIOGRAFÍA DEL PROGRAMA | | 255 |
| BIBLIOGRAFÍA DE LA TESIS | | 256 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC), en el servicio de cardiología pediátrica el cual se encuentra destinado a niños con problemas cardiovasculares y se divide en dos secciones: 1) lactantes, niños recién nacidos a tres años de edad; 2) escolares, de tres a dieciocho años de edad.

En el área de escolares opera un espacio que busca entretener y mantener ocupados a los niños durante su estancia, pero este fin solo se ha logrado parcialmente pues tiene carencias en cuanto al uso del material didáctico y el desempeño profesional de la persona que ahí labora.

La idea de este proyecto surgió de una primera visita al INC, al convivir con los niños y la asistente educativa, durante un día y posteriormente, durante el transcurso del servicio social, donde nos dimos cuenta de la problemática que se suscitaba. Así como la inquietud expresada por la jefe de enfermería del servicio, de que se aproveche el tiempo y el material con que cuenta el espacio escolar.

Además se da una desvalorización de la creatividad y habilidad de los niños, que muchas veces es desperdiciada, no llegan a desarrollarla o se ve coartada. Los niños enfermos del corazón no pueden hacer grandes esfuerzos y en algunos casos hasta el caminar les agota, por lo que pasan gran parte de su vida internados en un hospital, dentro de él cuentan con varias horas desocupadas, en las que no tiene ningún estudio médico, sintiéndose deprimidos, aislados, fastidiados, olvidados por sus familiares, situaciones que ocasionan malestares afectivos, sociales, fisiológicos e intelectuales.

Los niños de este hospital presentan, por otro lado, problemas afectivos, físicos y educativos. Así mismo que muchos de ellos proviene de familias desintegradas, son maltratados, abandonados, han perdido varios años escolares, tiene bajo aprovechamiento escolar, desertaron de la escuela, etc. Es por ello que nuestra propuesta de un programa formativo - recreativo se enfoca al aprovechamiento de los recursos didácticos y el espacio escolar con que cuenta el hospital, así como despertar el interés de los niños para una rápida adaptación al medio hospitalario, favorecer la socialización y la afectividad a través del juego y las manualidades.

Esta propuesta es solo el comienzo del trabajo que puede desarrollar dentro del hospital en el ámbito educativo, pues a partir de aquí se pueden realizar otros programas que incluyan el aspecto académico, tanatológico, etc. También se busca con esta propuesta ampliar el campo de trabajo del pedagogo.

Por lo anteriormente señalado y para facilitar su comprensión, el trabajo se ha dividido en cinco capítulos:

En el primero se presentan los antecedentes del INC y la inserción del espacio escolar dentro de éste, los objetivos que se pretenden lograr y las actividades desarrolladas dentro del mismo, los horarios de funcionamiento y las personas que lo visitan.

En el segundo capítulo caracterizamos al niño normal, entendiéndolo como el que no presenta problemas cardiovasculares y no se enfrenta a la hospitalización, para ello tomamos la corriente psicológica de Henry Wallon quien considera al niño como una unidad bio - psico - social, para exponer las diferencias que presenta el niño cardiópata, también caracterizado en este apartado, física (enfermedades cardíacas más comunes), psicológica y socialmente , siendo las características físicas las que determinan las sociales y afectivas. En este trabajo se presenta el proceso de hospitalización al que se enfrentan los niño, desde

los trámites administrativos hasta su estancia dentro del hospital, la convivencia con los diferentes sujetos a los que están expuestos.

En el tercer capítulo se aborda la formación y la recreación, pues las consideramos necesarias para la ocupación del tiempo libre del que disponen los niños dentro del nosocomio, es aquí donde insertaremos la importancia del juego y las manualidades para el desarrollo social e individual para concluir con su aprovechamiento con los niños cardiópatas.

En el cuarto capítulo se muestra la parte metodológica del presente trabajo, la cual se fundamenta en el enfoque cualitativo con corte descriptivo, tomando la investigación como un estudio de caso, ya que analizamos una unidad social (los niños cardiópatas hospitalizados en el INC), se presenta la sistematización de datos arrojados a través de cuestionarios, entrevistas y observación, utilizando la triangulación de datos.

La parte medular del trabajo se encuentra en el último capítulo, donde está la propuesta pedagógica y la teoría que la enmarca: la Pedagogía Hospitalaria, que tiene como objeto de estudio al educando hospitalizado, enfocándose más a la salud y la vida, considerando un currículum flexible adaptado a las necesidades bio - psico- sociales del paciente, sin tener un modelo formal, rígido y sistemático a seguir.

También agradecemos las facilidades prestadas al Instituto Nacional de Cardiología para realizar nuestro trabajo, así como a los médicos y personal de enfermería.

I. ANTECEDENTES Y CARACTERIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

El propósito original de los hospitales consistió no tanto en proporcionar atención médica, sino dar techo y comida a quien estuviera enfermo, por lo cual su atención primordial fue humanista; la palabra hospital se relaciona etimológicamente con el adjetivo hospitalario, que significa acogedor.

Los hospitales estaban a cargo de organizaciones religiosas, después la responsabilidad eclesiástica fue cediendo ante el control civil, las religiosas fueron sustituidas por enfermeras seculares, pero en el siglo XVIII los hospitales fueron declinando por el mal trato de éstas. La rehabilitación del hospital como institución médica ocurrió hasta la segunda mitad del siglo XIX; el número de hospitales se multiplicó considerablemente al grado de que la atención médica se llegó a centrar en los hospitales y estos llegaron a constituir el escenario casi exclusivo para la asistencia de enfermos en los países desarrollados.

En la actualidad, el hospital sigue siendo “una necesidad y seguirá existiendo, en tanto concentra, en un solo sitio, la habilidad técnica de muchos expertos, la capacidad tecnológica de muchos artefactos y el acceso expedito a muchos otros recursos de la atención médica”¹.

El mundo de nuestros días se caracteriza por el vigoroso ritmo en el que se establece su propio cambio; presentándose un imperioso cuestionamiento de los

¹Alberto LIFSHITZ. *Los Derechos Humanos del Paciente Hospitalizado*, México. Editorial CNDH, 1992 p. c. 5.

valores ideológicos, científicos , éticos y políticos que a lo largo del tiempo han prevalecido. Ante estos cambios cabe preguntar cual es el humanismo que se preconiza como complemento de la práctica médica. “El médico actual debe reconocerse así mismo en la máxima preocupación por estudiar y comprender todo aquello que implica el interés por la realidad de la vivencia humana”², debe de estar en un proceso de comprensión y auto comprensión, potenciando con ello el respeto al esfuerzo creador que desarrollan la ciencia, la investigación y la educación y que mantiene como preocupación fundamental al ser humano.

De acuerdo con Lifshitz , la medicina es una ciencia del hombre que toma en cuenta toda la persona humana, es el punto de su interés y considera la enfermedad como fenómeno humano, por lo que el médico debe de situar al enfermo como interés inmediato extendiendo sus conocimientos en beneficio del paciente, de la familia y la comunidad.

El ingreso al hospital para un paciente siempre ha sido una experiencia penosa, pero él espera que en las condiciones que se vaya a encontrar le faciliten su rápida rehabilitación, sin embargo, hay que admitir que las circunstancias no siempre resultan favorables para este propósito.

Han ocurrido varios cambios en la relación del paciente con el hospital, pero todavía se tiene que someter a una reglamentación que no siempre toma en cuenta su comodidad, enfrentando las incomodidades y riesgos de la compleja tecnología diagnóstica y terapéutica de hoy en día, a pesar de lo cómodo y el lujo que pueda tener, en especial para los niños si tomamos en cuenta que a ellos les gusta andar de un lugar a otro, jugar, gritar, conocer todo lo que quieran sin restricción alguna. Además de que los niños más pequeños no logran comprender el beneficio de estar encerrado en una institución hospitalaria.

² *Ibidem*.

Los valores que prevalecen en la atención médica son muchas veces acuerdos informales de cada persona, sin tomar mucho en cuenta las leyes y reglas que deberían regir para el trato del paciente.

1.1. Sistema Nacional de Salud

En el siguiente apartado se presenta un resumen de los componentes y finalidades del Sistema Nacional de Salud³.

El Sistema Nacional de Salud es un componente sectorial del Sistema de Planeación Democrática. Pretende armonizar los programas de servicios de salud que realice el Gobierno Federal, con los que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores social y privado que prestan sus servicios, a fin de dar cumplimiento creciente al derecho a la protección de la salud.

El derecho a la protección de la salud tiene como finalidades:

- a) el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- b) la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- c) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- d) la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

³La información fue tomada de SSA. *Sistema Nacional de Salud: Avances y perspectivas*, México, Editorial SSA, 1984.

- e) el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- f) el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de la salud;
- g) el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud⁴.

Así, la conformación de Sistema Nacional de Salud se puede entender como una tarea de coordinación de acciones en busca de la coherencia, armonía y flexibilidad necesaria para establecer y brindar acceso a los servicios de salud, dar un uso más eficiente de los recursos y contribuir al logro de una sociedad más igualitaria.

Puede señalarse que el propósito del Sistema Nacional de Salud se da en dos grandes orientaciones:

- ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos.
- elevar la calidad de los servicios que se presentan tendiendo a alcanzar, a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio en que se asienten desarrollos posteriores⁵.

El Sistema Nacional de Salud no es un fin en sí mismo, es un instrumento por cumplir con ciertos objetivos.

La coordinación de los Servicios de Salud desarrolló entre 1981 y 1982 una serie de trabajos tendientes a proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud. Se señalaron cinco objetivos y 24 estrategias que permiten

⁴ Ibídem, p. c. 36

⁵ Ibídem

alcanzarlos y se incorporaron en el documento “Planteamientos iniciales para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud”, que fue aprobado por el Gabinete de Salud en su sesión de instalación, el día 5 de enero de 1983. El sector salud, con base en lo estipulado en la Ley de Planeación, formuló su aportación al Plan Nacional de Desarrollo en la que amplió a siete los objetivos y a 43 las estrategias. Los objetivos del Sistema Nacional de Salud están contenidos en la Ley General de Salud (Art. 6º.) y son los siguientes:

- 1) Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- 2) Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- 3) Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y proporcionar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- 4) Dar impulso al desarrollo de la familia y la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- 5) Apoyar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- 6) Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- 7) Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen los hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Estos objetivos son congruentes con el propósito expresado en el Plan Nacional de Desarrollo, con sus cuatro objetivos fundamentales y las estrategias de reordenación económica y de cambio estructural.

Componentes del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se integra con tres componentes, de acuerdo a las vertientes de instrumentación de la planeación:

- 1) Entidades del sector salud, para las cuales aplica la obligatoriedad.
- 2) Gobierno de la entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el Gobierno Federal.
- 3) Sectores sociales y privado, que se incorporan mediante la concertación e inducción con apoyo en la consulta popular.

Cabe señalar que la Ley General de Salud precisa las siguientes autoridades sanitarias:

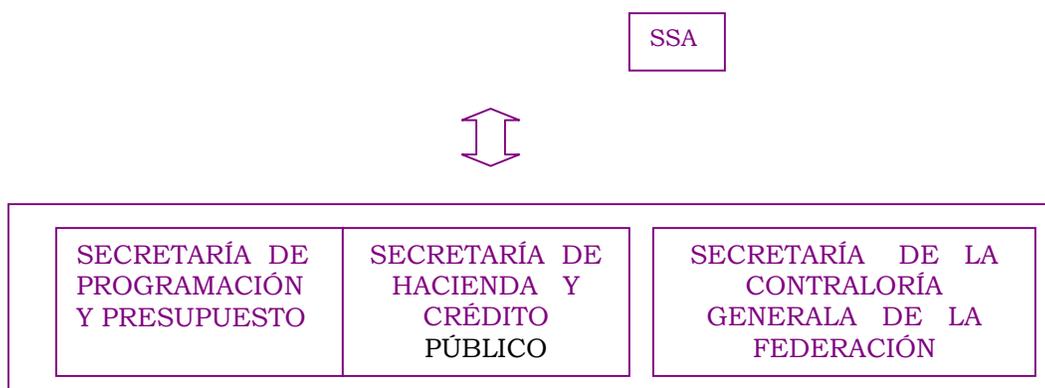
- El presidente de la República.
- El Consejo de Salubridad General.
- La Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Los gobierno de las entidades federativas.





Secretaría de Salubridad y Asistencia

La Ley General de Salud hace recaer la coordinación del Sistema



Nacional de Salud en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La responsabilidad está en su cometido de consolidar el Sistema Nacional de Salud, se da en los siguientes ámbitos:

- a) establecer y conducir la política nacional en materia de salud;
- b) coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que en su caso se determinen;

- c) impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- d) promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud;
- e) coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud;
- f) impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- g) apoyar la coordinación entre las instituciones y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, coadyuvando a que la formación y la distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud⁶.

La Ley General de Salud define 27 rubros en materia de salubridad general y distribuye la competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera signa, entre otras (Art. 13), las siguientes atribuciones a la Secretaría de Salubridad y Asistencia:

- Dictar las normas técnicas de los servicios de salud en todo el territorio nacional y verificar su cumplimiento.
- Coordinar, evaluar y llevar el seguimiento de los servicios de salud.
- Organizar y operar servicios para el programa contra la fármaco dependencia, el control sanitario, y la sanidad internacional, así como vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud.
- Desarrollar, temporalmente, acciones de salud en las entidades federativas, cuando éstas lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación.
- Promover, orientar, formular y apoyar las acciones en salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas.

⁶ *Ibidem* p. c. 40

- Realizar la evaluación general de la prestación de los servicios de salubridad general en todo el territorio nacional.
- Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrolla temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdo de coordinación que se celebren al efecto.
- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.
- Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.
- Coordinar el Sistema nacional de Salud.

Sector Salud

La Ley de Planeación (Art. 16), y los acuerdos de sectorización encomiendan a los coordinadores de cada sector de planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades de la administración paraestatal adscritas al sector.

En el caso del sector se hizo la modificación al Art. 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública federal que permite introducir en la sectorización de salud un agrupamiento por programas y funciones en lo que toca al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero cuyos programas, funciones y servicios que desarrollan en el campo de la salud sí caen bajo la égida del sector salud y, por lo tanto, bajo la acción de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La conformación del sector salud persigue diez objetivos básicos:

- 1) Integrar un sector de Administración Pública Federal tradicionalmente disperso.
- 2) Consolidar el sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado.
- 3) Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa - presupuesto en el sector.
- 4) Preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las entidades sectorizadas.
- 5) Instrumentar la infraestructura requerida para coordinar el sector salud y el programa sectorial de salud.
- 6) Conformar un mecanismo que permita interrelacionar los programas, los sistemas, recursos, estructuras y funciones del sector salud.
- 7) Organizar al sector Salud como un subsistema del Sistema Nacional de Planeación Democrática.
- 8) Armonizar e impulsar los sistemas de asistencia social, asistencia médica, vigilancia epidemiológica y control sanitario.
- 9) Unificar y desarrollar integralmente la organización y funcionamiento de las entidades del sector.
- 10) Desarrollar la infraestructura que permita la programación intersectorial y regional para la salud.

La base jurídica vigente permite configurar el Sector Salud de la siguiente forma:

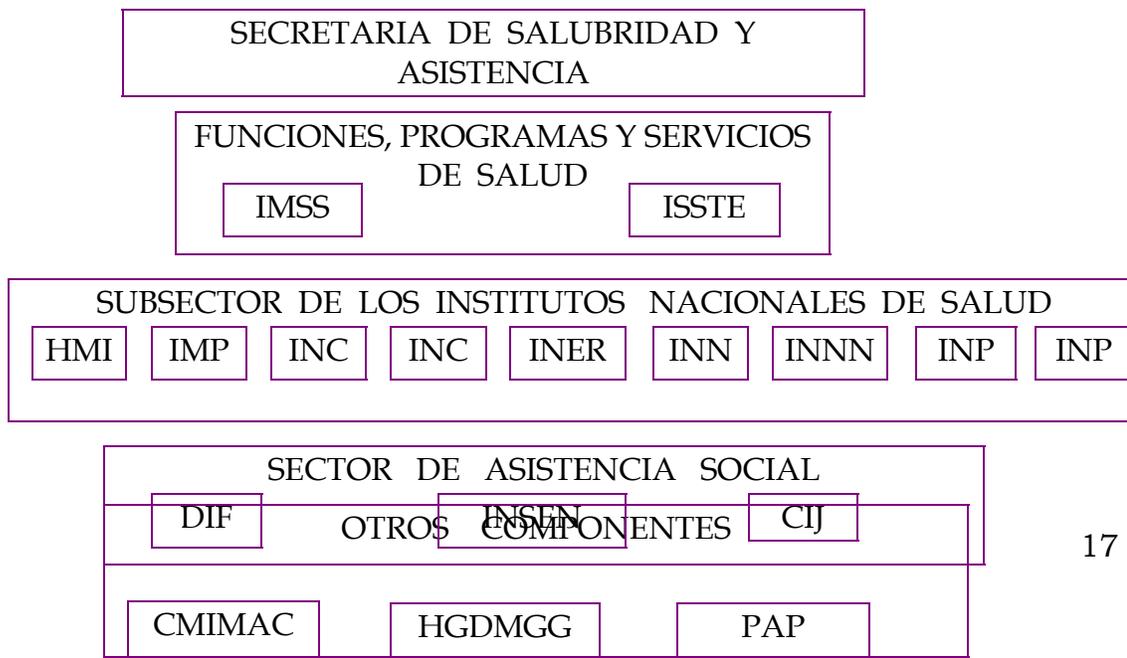
- a) las funciones, programas y servicios de salud que realizan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y, en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;

- b) el sector de los institutos nacionales de salud, que incluye los de Cancerología (INC), Cardiología (INC), Enfermedades Respiratorias (INER), Neurología y Neurocirugía (INNN), Nutrición (INN), Pediatría(INP), Perinatología (INP), Mexicano de Psiquiatría (IMP) y el Hospital Infantil de México (HIM);
- c) el subsector de asistencia social incluyen el DIF, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). Eje de la asistencia y la vigilancia de la operación de ellas recae en el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia;
- d) otras entidades que tienen diferentes ubicaciones y funciones en el Sistema Nacional de Salud, como son: el Hospital General Dr. Manuel Gea González (HGDMGG), el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho (CMIMAC), y un patronato para la Asistencia Privada (PAP).

La integración del Sector Salud tiene dos modalidades: la integración programática y la integración estructural, la primera señala la integración del sector salud. La segunda aplica a los servicios de salud de la población general.

SECTOR SALUD



1.2. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez⁷.

El Instituto Nacional de Cardiología, inaugurado el 18 de abril de 1944 por el entonces Presidente de la República Gral. Manuel Ávila Camacho, siendo Secretario de Salubridad y Asistencia el cirujano Dr. Gustavo Baz, dejó sus instalaciones de la Avenida Cuauhtémoc, donde funcionó durante 32 años, para cambiarse a Tlalpan, D.F., en octubre de 1976. Es la continuación en el tiempo, la ampliación y la modernización del primitivo Instituto, para adaptarlo a las necesidades médicas de hoy.

El Instituto Nacional de Cardiología (INC) es una institución destinada al estudio, a la investigación y a la enseñanza en el campo de las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos. El nombre mismo de instituto y no de hospital, intenta reflejar el carácter de las labores que tiene encomendadas, en tanto que no se limita a la atención médica de los pacientes sino que debe ser, a la vez, un hospital para los enfermos, una escuela para los médicos, un laboratorio de investigación para los estudiosos, y un centro de promoción social en beneficio de los pacientes cardiovasculares.

El INC fue el primero en su género en el mundo. Su nacimiento vino a marcar un cambio en el concepto de lo que debe ser un hospital moderno que cubra todos los aspectos de lucha contra las enfermedades cardiovasculares y no la puramente asistencial de atención médica al cardíaco. Es un concepto unitario y a la vez polifacético el que inspiró su origen. Debemos tomar en cuenta que, en la fecha que se creó esta institución, no existía en el mundo ningún instituto dedicado exclusivamente a la atención y a la investigación cardiológica, por tanto, no había

⁷ Ignacio CHÁVEZ. *El INC a diez años de su fundación*. México. Editorial Elio, 1954, además *El nuevo INC*. México. Editorial INC, 1978.

modelo a seguir y el instituto tendría que crear sus propias bases para salir airoso en tal empresa.

El Instituto fue concebido, en efecto, para ser, a la vez, un hospital que ofreciera a los enfermos los beneficios de una medicina científica, eficaz y humanizada; un laboratorio de investigaciones que hiciera avanzar los conocimientos de la ciencia pura y la ciencia aplicada, para elevar constantemente los niveles de saber y de actuación médica; una escuela superior donde se enseñe la cardiología en sus diferentes grados, desde el esencial que requiere un estudiante de medicina o el limitado que sirve para actualizar a un médico general, hasta la suma imponente de doctrinas y técnicas que requiere la formación especializada de un cardiólogo o de un investigador de ese campo o en las ciencias afines; por último, un instrumento de ayuda social y humana que pugne por la prevención de las cardiopatías y ayude a la rehabilitación espiritual de los enfermos cardiovasculares.

Prueba de la aceptación universal de este concepto es el hecho de que muy pronto se empezaron a abrir institutos semejantes en varios países de América y Europa.

En 1944 el INC empezó como un organismo pequeño. Contaba con tres edificios: el de hospitalización de enfermos; el de laboratorios clínicos y de enseñanza, con aulas, auditorio y biblioteca. Y el de habitaciones de algunos miembros del personal. Pero apenas terminaba la guerra y superadas las limitaciones y las carencias que impuso, empezó el crecimiento. En 1948 pudo inaugurar sus primeros laboratorios de investigación.

Cuatro años después, en 1952 y gracias al apoyo del Presidente Miguel Alemán y de una colecta, permitieron levantar un edificio destinado a

habitaciones de médicos residentes y a la Escuela de Enfermeras. Permitieron agregar un piso al edificio de hospital, el de cirugía cardiovascular y de enfermos pensionistas, así como donar y ampliar numerosos laboratorios.

El crecimiento no se detuvo y unos años más tarde, en 1958, fueron inaugurados otros cuatro edificios: medicina experimental, campaña de fiebre reumática, habitaciones de los investigadores y el destinado a la casa de enfermeras.

No todo fue crecimiento físico, también fue la respuesta a la creciente demanda de atenciones médicas y al ensanchamiento en el campo de las actividades científicas. El crecimiento de la medicina en los años que siguieron a la guerra exigía la creación de nuevos servicios, de nuevos laboratorios. En esos años se introdujo el cateterismo cardiaco y con él vino el auge de la hemodinámica; apareció la cirugía cardíaca, con enormes demandas de todo género; vinieron los antibióticos y con ellos la prevención de las cardiopatías reumáticas. Paralelamente, se hizo imperioso ahondar en el conocimiento de las causas y mecanismos de los daños y de los desarreglos sufridos por el aparato cardiovascular y fue preciso ampliar los laboratorios existentes.

Fue así como se planteó la necesidad de un cambio de sede, donde se dispusiera de edificios amplios y funcionales que permitieran incorporar los nuevos avances de la medicina y donde volvieran a integrarse las áreas dispersas de trabajo, restituyéndoles su sentido unitario, sin más divisiones que las obligadas de asistencia, enseñanza e investigación fundamental.

En 1970 se tomó la decisión y se logró el apoyo oficial. El gobierno de la Nación cedió el terreno necesario(62000 m.²), contribuciones de fuentes privadas y

otras instituciones ayudaron para la construcción de edificios y renovación de equipos científicos.

El nuevo INC fue inaugurado el 17 de octubre de 1976 por el Presidente de la República Lic. Luis Echeverría. A la ceremonia de inauguración concurrieron personalidades destacadas de la cardiología mundial, que participaron después en un programa científico del más alto nivel.

El INC es una institución oficial, la primera en México que obtuvo, por ley el 19 de mayo de 1943, la autonomía técnica y administrativa que otorga el Estado. Éste le concede un subsidio anual, que cubre la mayor parte del presupuesto. El resto lo debe aportar el Instituto mismo, con sus ingresos

El gobierno del Instituto lo ejerce el Patronato, nombrado la primera vez por el gobierno y después renovado, a propuesta del Patronato mismo, cuando ocurre una vacante. Sus miembros son personas de altos méritos cívicos, que prestan sus servicios sin remuneración. Su presidente es el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que constituye el lazo de unión entre el gobierno y el Instituto. El director del Instituto es el sexto miembro de este órgano de gobierno.

Por virtud de la autonomía concedida, el Patronato tiene la autoridad para nombrar al personal, votar el presupuesto, expedir los reglamentos y dictar las normas de vida de la Institución. Lo hace con apoyo en los informes y proyectos elaborados por la dirección, que deben antes ser sometidos a estudio y aprobación del Consejo Consultivo Técnico del Instituto, órgano constituido por cuatro miembros altamente calificados de su personal.

Además de estas atribuciones de gobierno, el Patronato colabora en la tarea de arbitrase fondos de la iniciativa privada, que vengan en apoyo de la

Institución. Es así como el instituto debe a estos funcionarios la obtención de muchos e importantes donativos, que han permitido la ampliación y la elevación del constante trabajo.

El director del Instituto es el órgano ejecutivo de las decisiones del Patronato y el responsable de la marcha de la institución. Para la resolución de problemas técnicos cuenta con la colaboración de un Cuerpo Consultivo y para la puesta en marcha y la vigilancia a las labores diarias, la función de mando se parte en tres divisiones: Asistencia Médica, Investigación y Enseñanza. Las de orden administrativo corren a cargo de la Superintendencia. Al frente de cada una de estas ramas está un médico altamente calificado.

La planta física del Instituto refleja su organización interior y se ajusta a las múltiples funciones de éste. El nuevo Instituto fue planeado para satisfacer las demandas actuales de trabajo y para permitir, en lo posible, las que ya se anuncian para los años próximos.

La planta física general comprende varios edificios, estrechamente conectados entre sí, como lo están sus funciones. El edificio central corresponde a la Sección de Hospital y se divide en dos cuerpos, uno de nueve pisos, para alojar a los enfermos internados en los servicios clínicos, y el otro de cinco pisos, destinado a gabinetes de exploración, laboratorios clínicos y quirófanos.

Como un complemento, o más bien como un anexo de esta sección de hospital, este local está destinado a la Consulta Externa y a la Preconsulta. Se les dotó de un edificio propio, aunque íntimamente conectado con el hospital.

Al lado del núcleo de hospital y de laboratorios se levantan, de un lado, un edificio de ocho pisos destinado a laboratorios de investigación de ciencias

fundamentales, con su anexo obligado, el Bioterio; del otro lado, tres edificios destinados a la enseñanza: 1) el de aulas, biblioteca y servicio audiovisual; 2) el auditorio, para conferencias, sesiones científicas generales y congresos; y 3) la Escuela de Enfermería.

Al fondo del jardín e independiente de los anteriores, están los edificios de habitaciones: 1) de médicos residentes; 2) de jefes de departamento de Investigación y de Superintendente General y 3) de enfermeras.

Oficinas de Gobierno

Las oficinas de Dirección y la Administración del Instituto se alojan en un edificio propio, deliberadamente separado del núcleo de hospital, para evitar que el público que a él concurre invada el área de atención de enfermos.

En ese edificio están alojadas, de un lado, las oficinas del patronato y del cuerpo consultivo técnico; las del director, de los jefes de división y de la superintendencia y la jefatura de enfermería. Del otro, las oficinas meramente administrativas como contabilidad, compras, servicio social, etc. En la planta baja se ubican la jefatura de personal y las oficinas de sindicato del instituto y la sociedad de damas voluntarias, dedicadas a la noble labor de ayuda a los enfermos.

Sección de Hospital

La función de atención médica a los enfermos cardiovasculares se realiza en dos formas:

- 1) a través de la consulta externa, para los pacientes ambulatorios;
- 2) en los servicios clínicos del hospital, para los que requieren internamiento.

Consulta externa y preconsulta

Los pacientes que solicitan por primera vez atención médica son primeramente vistos en el departamento de preconsulta, que tiene por función seleccionar a los que requieren de verdad el estudio especializado y los que no lo ameritan.

En la preconsulta los solicitantes son motivo de estudio. Los que arrojan datos positivos de sufrimiento cardiovascular pasan a la consulta externa. Los otros son enviados a los hospitales a donde correspondan, si hay padecimiento que lo amerite.

La consulta externa cuenta con el equipo necesario para ser prácticamente autosuficiente. Solo cuando requieren estudios delicados se recurre a los laboratorios del hospital.

El personal que atiende la consulta externa es el mismo que el de los servicios clínicos del hospital. En esa forma, son ellos los que seleccionan a los pacientes que ameritan hospitalización y los que más tarde, cuando el enfermo ha sido dado de alta, podrán seguirlo a lo largo de su evolución.

Salas de Hospitalización

Los Servicios Clínicos de hospitalización de enfermos se distribuyen en ocho pisos, son los siguientes:

Piso 2. Urgencias Cardiovasculares y Unidad Coronaria.

Piso 3. Servicio de Cardiología Adultos "A" y Hemodinámica.

Piso 4. Cardioneumología y Nefrología.

Piso 5. Cirugía Cardiovascular y Terapia Intensiva.

Piso 6. Servicio de Cardiología Niños.

Piso 7. Servicio de Cardiología Adultos "B".

Piso 8. Servicio de Enfermos Pensionistas y Semipensionistas.

Piso 9. Servicio de Enfermos Pensionistas.

Con excepción de los últimos pisos, los de enfermos pensionistas, todos los demás servicios están reservados a pacientes económicamente débiles, cuando no indigentes, en todo caso no protegidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social o el de Trabajadores al Servicio de Estado, instituciones ambas que cuentan con sus propios hospitales. Las cuotas de recuperación que cubren dichos enfermos están ajustados a su situación económica y en la mayor parte de las veces se trata de cuotas simbólicas, cuando no nulas. Solo los enfermos privados cubren cuotas semejantes a la de los sanatorios particulares.

El hospital cuenta con otros servicios y departamentos, como son: servicio de terapia física y rehabilitación, clínica de hipertensión y angiología, reumatología, nutrición, estomatología, otorrinolaringología, oftalmología, endocrinología y enfermedades metabólicas, archivo clínico, biomédica, médicos consultores (neurología, psiquiatría, gastroenterología, proctología, infectología, ginecoobstetricia, urología, endoscopia, dermatología, ortopedia), gabinetes de exploración (electrocardiografía y vectocardiografía, fonomecano cardiografía y ecocardiografía, radiología, cateterismo y hemodinámica), gabinetes generales clínicos (bioquímica, hematología y banco de sangre, microbiología y parasitología e inmunología), laboratorios clínicos especiales (hemodinámica, nefrología, de pruebas respiratorias, endocrinología, medicina nuclear).

Personal del INC

El INC fue creado sobre bases humanísticas, donde el doctor Ignacio Chávez tenía contacto personal con casi todos los trabajadores del instituto, cuidando el trato respetuoso y amable con enfermeras, y en general con todo el personal, sin distinción alguna. Con estas bases, todos los miembros se interesaban por las personas hospitalizadas, tratándolas como gente digna de respeto, ayuda y consideración.

Personal Médico

Durante muchos años en el pabellón 21 del Hospital General, Ignacio Chávez seleccionó y preparó al personal que iniciaría las labores en el instituto. Mientras se terminaba la construcción del edificio, algunos médicos fueron becados en el extranjero, para convertirse en los injertos que vivificarían el entonces buen árbol del instituto.

El personal médico fue escogido cuidadosamente y resultó uniforme en cuanto a su capacidad profesional y su solvencia moral. Se hizo evidente el esfuerzo intenso y sostenido para ponerse al día en información cardiológica de vanguardia en el mundo y también se puso de manifiesto el deseo y el coraje desplegados para acortar la distancia que los separaba de los países desarrollados, para realizar simultáneamente, la adquisición de los conocimientos y comenzar con proyectos de investigación. Se hizo notable un espíritu leal de competencia y superación que fructificó en los éxitos nacionales e internacionales.

Actualmente el INC es reconocido internacionalmente y recibe estudiantes de medicina de todo el mundo para hacer su especialidad en cardiología.

Personal de Enfermería

Las religiosas del Verbo Encarnado, congregación dedicada a la enfermería y a la enseñanza en colegios de niñas, han acompañado al Instituto

desde su fundación hasta la actualidad, llegaron antes de la inauguración y desde entonces prepararon la ropa del hospital, colaboraron en la organización de la cocina y de la lavandería, así como se hicieron cargo de la dirección y coordinación del cuerpo de enfermería. Cuando llegaron no poseían experiencia en enfermos cardíacos, ya que su entrenamiento siempre había sido como enfermeras generales, pues se habían capacitado en un Hospital General. Para complementar su entrenamiento se les impartieron cursos sobre cardiología y como maestros participaron desde los jefes del servicio hasta los médicos residentes.

El nombre técnico del puesto de la Madre Cerisola fue Directora del Servicio de Enfermería y sus sucesoras inmediatas fueron las Madres Villegas y María Martha Echenique, de nuevo la Madre Cerisola, las Madres Catalina y María del Roble. En la actualidad el cargo es Directora de la Jefatura de Enfermería y lo ocupa Sor María Suárez.

Hay que señalar las buenas relaciones que la comunidad religiosa ha mantenido con las autoridades del instituto, pues quienes han desempeñado los puestos no se han caracterizado por su religiosidad, aunque si ha sido respetuosas de las creencias religiosas, que siempre se han mantenido fuera de la esfera del trabajo.

En la actualidad, no sólo existen enfermeras religiosas dentro del instituto, sino también de otras instituciones públicas y privadas no religiosas, así como de la Escuela de Enfermería del mismo instituto.

Cardiopediatría

El servicio de Cardiología Pediátrica cuenta con 28 camas y 18 cunas. Los enfermos están alojados en recámaras colectivas, de 4 camas cada una; hay

además una recámara individual para los pacientes que ameriten aislamiento y en la recámara central para los que requieran monitorización por su gravedad. Este servicio cuenta con los locales necesarios para un correcto funcionamiento: central de enfermeras, oficinas para los médicos del servicio, gabinetes de fluoroscopia, de electrocardiografía y registros gráficos externos, tisanería, banco de leches, almacenes, salas de descanso de los enfermos y de visita de familiares, más los servicios generales de baños, sanitarios, ropería, etc. Así como un local especial para la escuela de los niños.

El servicio dispone de los elementos necesarios para el diagnóstico. A parte de los propios, cuenta con los gabinetes generales de exploración, radiología, electrocardiografía dinámica, fonomecánico - cardiografía, ecocardiografía, o bien cateterismo cardíaco, angiocardiógrafa, centelleografía, etc. Por último, cuentan con la colaboración de los laboratorios para estudios de todo tipo.

Si se comprueba en un paciente la indicación quirúrgica, el servicio trabaja en íntima colaboración con el de cirugía. Si hay un padecimiento coincidente de cualquier rama de la medicina, se tiene el auxilio de los médicos consultores del instituto. Si se requieren curas de prevención de recaídas de la fiebre reumática, los pacientes acuden después periódicamente a recibir la medicación que el instituto les suministra gratuitamente. La vigilancia ulterior de la evolución se obtiene a través de la consulta externa.

El servicio de cardiopediatría se encuentra a cargo del Dr. Alfonso Buendía y se divide en dos secciones: de lactantes y de escolares. Ambas cuentan con personal médico las veinticuatro horas del día, contando con cinco médicos adjuntos que son los responsables de los pacientes, y médicos residentes que brindan sus servicios por determinados lapsos de tiempo, ya que ellos estudian la especialización en Cardiología y están adscritos a los médicos adjuntos.

Los médicos adjuntos y residentes trabajan conjuntamente durante el turno matutino, de lunes a viernes. Para los turnos vespertino y nocturno, así como los sábados y domingos, se turnan los médicos residentes, generalmente existen dos médicos de guardia.

El servicio de enfermería se divide en tres turnos continuos, donde cada uno tiene una responsable directa, habiendo un mayor número de personal en el turno matutino, debido a que en este turno se llevan a cabo más actividades que en los subsecuentes. Dentro del personal de enfermería se encuentran enfermeras generales, pasantes y auxiliares.

En este piso también se cuenta con el personal de intendencia que se encarga de mantener los espacios físicos limpios, ordenados y adecuados para los pacientes.

En la sección de lactantes se encuentran niños desde recién nacidos hasta los tres años. Muchas veces hay niños que sobrepasan esta edad, debido a que tienen un hipo desarrollo pondoestatural, retraso psicomotriz, discapacidades, no cuentan con control de esfínteres y heces fecales y algunos de ellos han sido maltratados y se rehusan a la comunicación.

Esta área se encuentra en una sala específica, a la que el acceso es restringido, debido a que tienen cuidados especiales, por lo que el personal médico, de enfermería, visitantes y familiares requieren de cubre bocas y batas para ingresar a la sala.

En la sección de escolares se internan niños de tres a diez y ocho años de edad, pero en casos especiales se aceptan pacientes con mayor edad, debido a

que tienen un hipo desarrollo pondoestatural y ciertas discapacidades: síndrome de down, labio leporino, sordos, mudos, malformaciones congénitas, etc.

El servicio cuenta con 28 camas, 12 para las niñas y 12 para los niños, que se encuentran divididas por la recámara central. A los niños se les asigna cama y el número de esta, según corresponda al médico adjunto, debido a que cada médico adjunto tiene designadas sus camas. Por lo que quedan niños o niñas de diferentes edades en cada cuarto.

Los niños internos se encuentran en espera de una cirugía o cateterismo, en otros casos se encuentran por un tratamiento especial. En este lapso de tiempo reciben consultas de rutina (dental, otorrinolaringología, ginecología, rayos x, laboratorios, medicina nuclear, etc.). Esta revisión es para detectar si el paciente presenta otras infecciones que interfieran con el proceso de cirugía o cateterismo, de ser así, suspenden su intervención quirúrgica o cateterismo.

La estancia de un enfermo oscila entre quince días y tres meses, sin embargo hay excepciones que duran de tres días o por su gravedad más de tres meses. Reciben visitas desde las 15:00 hrs. hasta las 16:30 hrs. de lunes a viernes, y sábados y domingos de 15:00 hrs. a 17:30 hrs.

Los pacientes son de diferentes lugares de la República Mexicana, con diferentes culturas, lenguas, costumbres, etc., así como de diferentes estratos socioeconómicos, que son tomados en cuenta a través de un estudio para el cobro de su estancia en el hospital.

Los escolares cuentan con el servicio de la “escuelita”, que se expondrá a continuación.

La “Escuelita”

En el antiguo INC, había un espacio para llevar a cabo actividades escolares y recreativas, pero no estaba formalizado como una escuela. Fue hasta 1976, cuando se cambió de sede el INC, y se formalizó este espacio, dentro del piso de cardiología pediátrica.

La “escuelita”, como fue nombrada esta sala, surgió a petición de algunos médicos de este servicio, así como de las enfermeras religiosas, quienes quedaron a cargo de las misma, es decir, la “escuelita” quedó asignada a la jefatura de enfermería. En esta aula han laborado dos profesoras, incluyendo a la que se encuentra actualmente.

Tiene como fin distraer y entretener a los niños que se encuentran hospitalizados, debido a que permanecen internados durante lapsos de tiempo indefinidos. Entre los objetivos que intenta cubrir se encuentran: evitar el aburrimiento; elaborar actividades manuales, intelectuales y lúdicas; proporcionar terapia ocupacional; adquirir hábitos de higiene; observar la personalidad de estos niños. Todo esto para resolver los problemas de adaptación y comunicación al centro hospitalario, viendo a la “escuelita” como un centro de reunión y convivencia para los internos.

En seguida se describe el espacio físico de la “escuelita”, cuenta con una sala o aula específica para las actividades ya mencionadas, y está organizada de tal manera que en la entrada se puede observar, a un lado de la puerta, un letrero que tiene el nombre: “ESCUELA”. Esta aula mide, aproximadamente, 6 m de ancho y 8.4 m de largo, esta tapizada (con papel decorado); en los costados tiene dos ventanales, uno con vista hacia la calle y el otro al interior del piso. Cuenta con el alumbrado suficiente de luz natural como artificial. Tiene poca ventilación, pues sólo dos ventanas de las que dan a la calle, se abren aproximadamente 10 cm.

En su interior, esta sala posee una televisión, una videocasetera, un escritorio, un piano, pocos juguetes, mesas y sillas propias para los niños. Estas mesas son de forma trapezoide y están acomodadas y unidas en dos hileras paralelas. También hay gavetas que contienen papeles (crepé y china) de diversos colores, juegos de mesa (lotería, memorama, rompecabezas, ajedrez, rummy), colores, hojas revolución, acuarelas, crayolas, libros de texto gratuito (obsoletos), cuentos, fábulas, libros para colorear, nintendo. La mayoría del material se encuentra muy deteriorado y viejo. Todo esto se encuentra fuera del alcance de los niños y a disposición de la auxiliar educadora.

Dentro del instituto, hay otros lugares donde se puede conseguir material para trabajar en la “escuelita”, como es el banco de leches y el almacén de cardiopediatría, donde se localizan frascos de gerber, glicerina, latas ,en el primero; y papeles, películas, abatelenguas, en el segundo. En la farmacia se consiguen cajas de diferentes tamaños; en cocina, harina, cascarones de huevo, sopas, etc. En el departamento de intendencia: uncel, cajas, pegamento, sierras, etc. En carpintería: pedazos de madera.

La auxiliar educadora que atiende este espacio, trabaja desde hace tres años, en el turno matutino, de lunes a viernes de 7:30 a 14:30 hrs. Su formación es una carrera técnica y ha trabajado con anterioridad en jardines de niños y guarderías, de modo que extrae con mayor regularidad, actividades del programa de preescolar, llevándolas a la práctica con los internos que se encuentran hospitalizados. En ocasiones, cuando hay un mayor número de adolescentes, se les proporcionan lecturas y llegan a resolver operaciones lógico - matemáticas (suma, resta, multiplicación y división), sin tomar en cuenta la escolaridad y la edad en que se encuentran los enfermos.

La ausencia de otras actividades también se debe a la falta de material didáctico, y al poco o nulo apoyo por parte de los jefes del servicio y de la institución. La mayoría del material que se tiene, es proporcionado a través de donaciones, e inclusive en muchas ocasiones, la educadora tiene que comprarlo, para poder llevar a cabo otros trabajos. Hay que señalar que tampoco se da una adecuada explotación del poco material con que se cuenta, de modo que sus actividades no se diversifican y se repitan demasiado.

Entre los materiales que faltan en la “escuelita” está el pizarrón, que con anterioridad tenía esta aula, pero cuando se remodeló el piso y por tanto la “escuelita”, no fue reinstalado, de tal manera que no se le dio la importancia que tiene como apoyo didáctico, se dio más importancia a la estética de dicho espacio. Según los directivos, si se reinstalaba el pizarrón, se dañaría el tapiz, sin tomar en cuenta la opinión de la educadora, en este caso y en muchos otros. La falta de este pizarrón, además, ha provocado que los niños pinten y rayen sillas, paredes y mesas, por la inquietud que se tiene en estos años.

Otro problema es que la auxiliar educadora descuida su objetivo para lo cual fue empleada, proporcionar atención en la “escuelita” como profesora, generalmente realiza actividades del personal de enfermería, como son: bañar a los niños, llevarlos a estudios dentro del mismo instituto, tender sus camas, etc. Ella piensa que con eso ayuda a los niños: “...Claro, a mí no me cuesta, yo lo hago con gusto, porque se que el bien es para los niños, no para mí ni para las enfermeras. Es para los niños.”⁸ Pero lo que ocasiona es que este espacio se quede solo por lapsos de tiempo indefinidos, y los enfermos que acuden a él, para trabajar con la profesora, pierdan la motivación y el interés en sus trabajos y sólo vayan a ver la televisión. Los trabajos que realiza la profesora con los niños, los expone en el

⁸ Entrevista con la auxiliar educadora.

franelógrafo que se encuentra en el pasillo del servicio, y se cambian, por lo regular, cada semana.

La “escuelita” también se emplea para proporcionar los alimentos a los pacientes, es decir, como comedor, ya que es más fácil distribuírseles a todos juntos, en un solo lugar, que llevárselos a cada uno a sus cuartos. El desayuno se les ofrece entre 7:30 y 8:30 hrs., la comida entre 12:30 y 13:00 hrs, y la cena a las 18:00 hrs.

En ciertas ocasiones, se festejan los cumpleaños de los enfermos y días festivos, por ejemplo: el día del niño, el día de las madres, día de reyes, etc..

Acuden a la “escuelita”, los niños que tienen la autorización de trasladarse y los que logran tener una silla de ruedas que les permita desplazarse.

Por las mañanas, acuden al piso, las damas voluntarias, para ayudar a los niños pequeños a tomar sus alimentos. Y una vez a la semana, por las tardes, les llevan dibujos para iluminar, dulces, juguetes. De vez en cuando les llevan la comunión, pues ellas son voluntarias que vienen por parte de la iglesia.

En la “escuelita” no hay servicio los sábados, domingos y días festivos. Así mismo, en el turno vespertino no recibe el apoyo de una profesora como en la mañana. Sólo recibe el apoyo de practicantes y prestadoras de servicio social esporádicamente.

II. EL NIÑO CARDIÓPATA

Antes de caracterizar al niño cardiópata hospitalizado, primero debemos tener claro como se desarrolla un niño normal, entendiendo como niño normal al que no presenta problemas cardiovasculares y que no se enfrenta al proceso de hospitalización.

2.1.Desarrollo del Niño

Para entender el desarrollo normal de un niño, tomaremos como base a Henry Wallon, quien investigó al niño considerando el medio ambiente material y humano en el que su desarrollo tiene lugar, de modo que se toma al niño en el sentido de una unidad bio - psico - sociológica, es decir, como punto de encuentro y relación de los aspectos biológicos, caracteres psicológicos y de las influencias sociales. Estudiar al niño fragmentariamente es ir contra la naturaleza.

Wallon entiende el desarrollo "como un espiral cuyos bucles se engarzan con los logros del pasado, antes de desarrollarse en el sentido de las adquisiciones del futuro"⁹, considera que los niños no se desarrollan en forma lineal, sino que regresan continuamente al pasado, para retomar logros ya antes establecidos, refugiándose en la seguridad de lo conocido y dominado, antes de lanzarse a nuevas adquisiciones.

Durante el desarrollo del ser vivo, existen diversos cambios visibles, en mayor o menor escala, que presentan modificaciones en las reacciones de los

⁹Jesús PALACIOS . "El pensamiento y la obra de Henry Wallon". Cuadernos de Pedagogía no.63.México. Marzo, 1980, 15pc.

organismos, teniendo como resultados nuevos aspectos en el individuo. En estos cambios se distinguen fases y etapas o estadios.

Los estadios por los que pasa el humano - según Wallon -, son cinco: 1) impulsividad motriz y emocional, 2) sensorio - motriz y proyectivo, 3) personalismo, 4) pensamiento categorial, y 5) pubertad y adolescencia.

1) *Estadio de impulsividad motriz y emocional*

Comienza con el nacimiento hasta llegar al primer año de vida, se inicia en las condiciones fisiológicas y sociales que ayudan al lactante a la vida psíquica. También puede llamarse estadio emocional, de tal manera que el niño está unido al ambiente familiar de forma íntima, que parece no saber distinguirse de él, en tanto busca la satisfacción de sus necesidades corporales y emotivas, se interesa por objetos y personas que lo rodean, pero solo como ejercicio de sus funciones motoras. Por lo que en este estadio tienen un máximo influjo de la herencia, con el pasar de los meses va disminuyendo.

2) *Estadio sensorio - motriz y proyectivo.*

Transcurre a lo largo del segundo y tercer año de vida, los centros nerviosos maduran progresivamente conectando entre sí los diferentes campos sensoriales y motores de la corteza cerebral. La actividad sensorio - motriz es prolongada por la marcha o desplazamiento del niño y la palabra, ya que tomar todos los objetos con la mano no le es suficiente.

En este estadio empiezan las primeras preguntas sobre los nombres de los objetos y el lugar donde se encuentra. Esto ayuda al niño a separar el objeto del conjunto perceptivo del que forma parte, hace sobrevivir el objeto a las impresiones presentes y permite unirlos a objetos similares. Tiene cada vez más

influencia del ambiente, su actividad social aumenta debido al juego, de modo que se empiezan a dar relaciones con otros niños.

3) *Estadio del personalismo.*

Hacia los tres años comienza este estadio, que consta de tres periodos, cuyos aspectos a veces son inversos, pero el objetivo de todos es lograr que el sujeto se afirme como un individuo autónomo. Los tres periodos de los que constan:

- a) La primera etapa es de oposición e inhibición . Los niños desarrollan actitudes de rechazo, como si quisiera proteger la autonomía de su persona recién conquistada, aparece un uso excesivo del pronombre “yo”, además de emplear sistemáticamente el término “no” ante las propuesta del adulto. El resultado de este periodo, es asentar en el infante la idea de exterioridad del otro y la total integridad de su persona.
- b) La segunda etapa se denomina “periodo de gracia”, sucede alrededor de los cuatro años, es una etapa de expansión y exteriorización personal. Existe un narcisismo por parte del infante que busca ser agradable y aceptado por los otros.
- c) El estadio finaliza con el periodo de representación de roles. Sucede a los cinco años, el niño reivindica su “yo” frente al otro, tratando de apropiarse de su entorno para incorporarlo a su propio “yo”.

Existe una imitación de personajes y objetos por parte del niño, interiorizando los méritos y ventajas del otro; por lo regular imita selectivamente a las personas que le provocan sentimientos agradables y que ejercen una atracción de la que habitualmente, sus afectos no están ausentes. El niño se coloca en el lugar

del otro, provocándole cierta hostilidad hacia el otro que no puede eliminar. Agresividad y culpabilidad aparecen por el deseo de sustituir a los adultos. La imitación que hace a los objetos le ayuda a objetivar el mundo exterior. Wallon añade que “en este estadio no se puede comprender totalmente la toma de conciencia del niño si se le desliga de su estudio en el grupo familiar”¹⁰.

4) *Estadio del pensamiento categorial.*

Transcurre entre los seis y siete años, el interés por la persona es desplazado por el de los objetos, la función dominante en este estadio es la conquista y el conocimiento del exterior. Se desarrolla en el niño la disciplina mental, el poder de atención relacionado con la actitud escolar. Los rasgos de los objetos y situaciones ya no son confundidos entre sí, en cada conjunto son progresivamente identificados y clasificados, posibilitando comparaciones, distinciones y asimilaciones sistemáticas y coherentes.

Dentro de este estadio se desarrollan dos periodos:

a) Pensamiento sincrético. Se prolonga hasta los nueve años, aquí la personalidad del niño se acopla a las diversas relaciones infantiles, adaptando su conducta a circunstancias particulares.

b) Pensamiento categorial. Es a partir de los nueve años, se tiene la capacidad de variar las clasificaciones según las cualidades de las cosas, se definen sus diferentes propiedades. Este pensamiento permite la representación de las cosas y la explicación de lo real.

5) *Estadio de pubertad y de la adolescencia.*

¹⁰I. VILA. *Introducción a la obra de Henry Wallon*. Barcelona. Editorial Anthropos, 1986, p. c.78.

Es la etapa que separa al niño del adulto, las exigencias de la personalidad pasan a primer plano, dirigida a la construcción del propio “yo”. Se inicia con la crisis de pubertad, dirigida a la oposición de hábitos de vida, costumbres, etc. Busca distinguirse del adulto y su pensamiento se encauza hacia sí mismo.

En este periodo acaba de afirmarse la conciencia del “yo”, haciéndose, el adolescente, preguntas sobre sus existencia, su historia y concentrándose en su originalidad como ser individual. Es un periodo emocional, donde la ira se manifiesta en frecuentes riñas sin importancia, el temor se transforma en angustia, empiezan a tener intereses sexuales y cobran fuerza las influencias de las amistades.

En esta edad los sentimientos son ambivalentes, pero finalmente accede a los valores sociales y morales abstractos, que le sirven para adecuar sus posibilidades psíquicas a las realidades del mañana que se le presenten.

Wallon define a los estadios “como un cierto tipo de relaciones con el medio que, en ese momento son dominantes y que dan al comportamiento del niño un estilo particular”¹¹. Cada estadio presenta momentos de desarrollo, a veces no se suceden unos tras otros, sino que pueden presentarse anticipaciones de determinadas funciones o regresiones en momentos determinados, que ayudan a la edificación del sujeto o al establecimiento de sus relaciones con el exterior, hacia la asimilación o diferenciación funcional y a la adaptación.

En cada uno de los estadios, por los que pasa el individuo, se desarrollan conjuntamente factores biológicos, psicológicos y sociales que ayudan al desarrollo adecuado de su personalidad. La personalidad del niño se entiende en un proceso evolutivo y tomándolo en un sentido total, biológico y psíquico, manifestándose en

¹¹ Ibidem, p. c. 42.

su comportamiento. Todos los aspectos del desarrollo del niño están interrelacionados, el desarrollo psicológico puede influir en el desarrollo biológico y viceversa.

Los factores biológicos del individuo constituyen el cimiento de la conducta. En cada periodo y en especial en los primeros, la maduración constituye una condición que posibilita los logros infantiles, pero no es la única ley que rige su destino, de modo que los efectos provenientes de influencias sociales también repercuten en el desarrollo y futuro del niño.

El aspecto biológico es, sobre todo, el crecimiento del organismo, que se establece a través de las funciones anabólicas y catabólicas en diferentes momentos, que ayudan a la aparición de ciertos comportamientos adecuados a la edad de cada individuo.

Los factores psicológicos son posibilitados por las bases madurativas, estos se desarrollan a través de ciertos problemas que se presentan en cada periodo, de tal manera que en el desarrollo del niño se esfuerza por dar solución a un conflicto específico (motor, afectivo, intelectual), conflicto que define el periodo.

El aspecto psíquico depende de las condiciones y transformaciones de los factores biológicos y sociales, orientando y jerarquizando las actividades psíquicas en relación con las tareas que la sociedad impone y los medios que suscitan para realizarla, de modo que las manifestaciones psicológicas son conformadas en un 20% de lo que ha transmitido la herencia y un 80% del ambiente que se le ha provisto¹².

¹² A. MADRIGAL LLORENTE. *Los niños son así*. 14^a edición. México Editorial Jus, 1983, p.c. 45.

Los factores sociales se incorporan en el niño por medio del contacto que establece con las personas que lo rodean, para hacer afectado y moldeado por los estímulos que proceden del medio. Wallon explica al niño por las condiciones por las que sobre él actúan, considera que el niño está siempre abierto y determinado por influencias externas, provenientes del medio en que se desenvuelve, así que las influencias del medio repercuten en la personalidad del niño, moldeándola, encausándola y definiéndola.

El humano es un ser social que nace, se desarrolla y se desenvuelve dentro de organizaciones sociales, la esencial de ésta es la familia, que tiene una estructura específica, le informa sobre su realidad y le asigna un lugar dentro de ella. Durante toda la vida el hombre forma parte de los colectivos sociales (clase social, barrio, familia, escuela, etc.), de ahí la importancia de estudiar al individuo, tomando en cuenta la influencia que le ejerce el medio y por consecuente las personas con las que interactúa.

Para entender la conducta individual es necesario tomar como base, el grupo al que pertenece dicha persona. El individuo tienen la necesidad de que el medio le provee de los aspectos necesarios para lograr adaptarse a él y desarrollarse adecuadamente, para poder transformar el medio y el medio lo transforme a él, siendo esto un proceso dialéctico entre el medio y el sujeto, “así sabemos que el medio social, actúa como elemento regulador y estimulador de las funciones de adaptación del ser vivo en el sentido más amplio del término”¹³

Desarrollo del niño cardiópata

¹³ A. LÓPEZ CARRETERO. “Evolución de la noción de familia del niño”. *Revista infancia y aprendizaje* no. 9. Madrid. 1986 94pc.

Sabemos que todo niño enferma alguna vez, sufre sarampión, se resfría, etcétera y en cada caso requiere de una debida atención médica y la de sus padres o familiares, para que su enfermedad se haga más llevadera. Cuando pensamos en un niño enfermo, lo pensamos con una enfermedad pasajera que en pocos días lo volveremos a ver jugando, saltando por todos lados. Pero no recordamos a los niños enfermos que se encuentran recluidos en los hospitales y sufren de una enfermedad crónica, por lo que cotidianamente tienen que lidiar con la muerte y se privan de actividades que en su desarrollo son esenciales, como son: jugar, correr, brincar, ir a la escuela, etc.

Este es el caso de los niños que se encuentran enfermos del corazón, comúnmente llamados cardiópatas, no pueden realizar grandes esfuerzos físicos y en algunas ocasiones hasta el caminar les agota por lo que pasan gran parte de su vida internados en un centro hospitalario, de cada mil niños que nacen, siete padecen una cardiopatía, de las cuales dos tercios mueren antes del primer año de vida si no son debidamente atendidos.

2.2.1. Enfermedades Cardiacas*

A continuación se exponen las enfermedades cardiacas más comunes en los niños, que se denominan cardiopatías congénitas, consisten en alteraciones del desarrollo o mal formaciones del corazón, de los vasos o de ambas que se presentan durante la vida fetal, existen ya en el momento de nacer por lo que se les nombra congénitas. Otros padecimientos como síndrome de Down, síndrome de Turner están asociados con lesiones de cardiopatías congénitas en aproximadamente 20% de los afectados.

Para entender las lesiones que sufre el corazón explicaremos en primera instancia el funcionamiento normal del corazón. El corazón es un órgano muscular hueco, que contrayéndose y relajándose rítmicamente asegura, a modo de una bomba doble, el movimiento de la sangre por los vasos del aparato circulatorio (arterias, capilares, venas). Está constituido por cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventriculares.

La aurícula derecha, recibe la sangre venosa de las venas cavas (pobre en oxígeno y rica en anhídrido carbónico, procedente de los tejidos del organismo), comunica con el ventrículo derecho por el orificio tricúspide; a su vez el ventrículo derecho está en comunicación con la circulación pulmonar mediante la arteria pulmonar, en los pulmones cede el anhídrido carbónico y se carga de oxígeno y vuelve al corazón por la aurícula izquierda. La aurícula izquierda que recibe la sangre arterial a través de las venas pulmonares, comunica con el ventrículo

* Para el presente apartado se elaboró un resumen de los libros: HERNÁNDEZ V., Rogelio. *Manual de Pediatría*. México. Editorial Nueva Editorial Interamericana, 1983. 10ª edición. 534-547 pr.

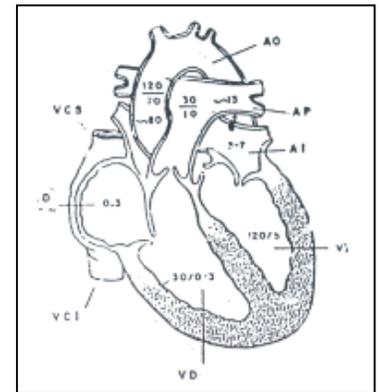
Hombre, ciencia y tecnología. Vol. 3 México. Editorial Encyclopaedia Britannica, 1980. 655 – 669, 795-804 pr.

Maurice SOKOLOW. *Cardiología Clínica*. México. Editorial El Manual moderno, 1983. 2ª edición. 344 – 392 pr. GUADALAJARA B., J.F. *Cardiología*. México. Editorial Méndez Cervantes, 1985. 3ª edición. 901 – 987 pr.

izquierdo mediante el orificio mitral (bicúspide). El ventrículo izquierdo impulsa la sangre a través de la aorta a todos los órganos del cuerpo.

Para los fines de este trabajo tomamos la clasificación de las cardiopatías congénitas en acianóticas y cianóticas*, a continuación se presenta:

- ACIANÓTICAS
- Comunicación Interventricular (CIV)
 - Persistencia de Conducto Arterioso (PCA)
 - Comunicación Interauricular (CIA)
 - Estenosis Pulmonar (EP)
 - Estenosis Aórtica (EAo)
 - Coartación Aórtica (CoA)



- CIANÓTICAS
- Tetralogía de Fallot (AF)
 - Atresia Tricúspide (AT)
 - Corrección Anómala de Venas Pulmonares (CATVP)
 - Transposición de Grandes Arterias (TGA)
 - Tronco Arteriovenoso (TA)

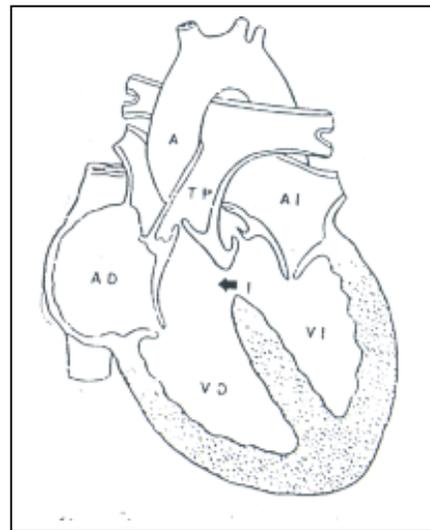
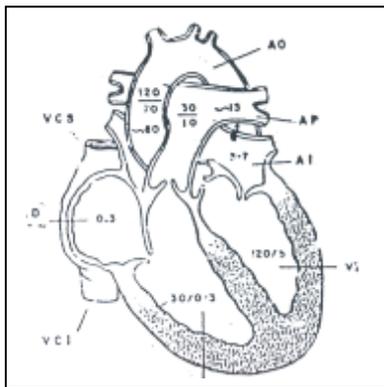
Comunicación interventricular (CIV)

El tabique que separa normalmente los dos ventrículos puede presentar orificios anormales que ponen en comunicación las dos mitades del corazón, lo que

* La palabra cianótica se refiere a los pacientes que presentan cianosis y la acianótica a los que no la padecen. La **cianosis** se presenta cuando la separación de las dos partes del corazón, derecha e izquierda, es incompleta, por lo que la sangre venosa (circula del lado derecho) se mezcla con la sangre arteriosa (circula del lado izquierdo), de modo que la sangre se vuelve mixta y se reduce la hemoglobina. Además por la existencia de una mayor presión en la mitad derecha del corazón (cuando lo normal es que exista una mayor presión del lado izquierdo), produciendo un color azulado que se refleja en la piel al llegar la sangre a los vasos capilares. Los niños que presentan cianosis son llamados niños azules.

provoca el paso de sangre del ventrículo izquierdo al derecho. Esta enfermedad representa casi el 20% de las cardiopatías.

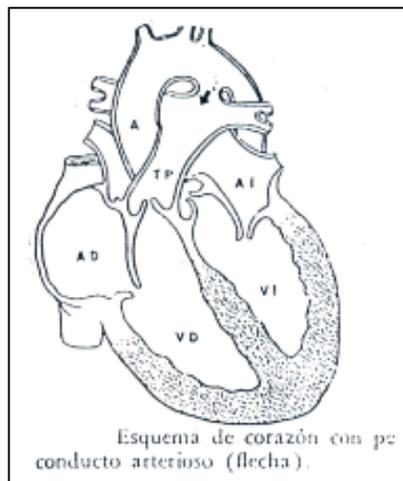
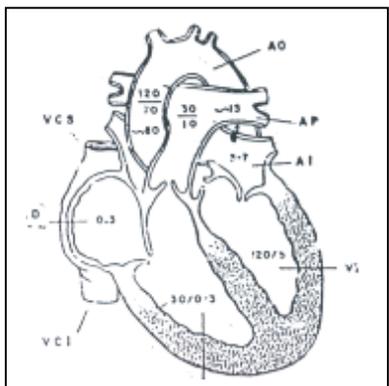
Las manifestaciones que presentan los pacientes con esta cardiopatía son: hipo desarrollo ponderoestatural, disnea con medianos esfuerzos, enfermedades respiratorias frecuentes, insuficiencia cardiaca en la lactancia.



Persistencia de Conducto Arterioso (PCA)

En la vida fetal existe una comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta, normalmente se cierra después del nacimiento y se transforma en un ligamento fibroso, interrumpiendo, así, la comunicación existente en el origen entre los dos grandes vasos. Este padecimiento ocurre cuando persiste la comunicación, lo que da lugar al escape de la sangre de la aorta hacia la arteria pulmonar, debido a que la presión es más alta en la aorta que en la arteria pulmonar; provocando una sobrecarga de sangre en el lado izquierdo del corazón. Esta cardiopatía se presenta en 25% de los pacientes enfermos del corazón.

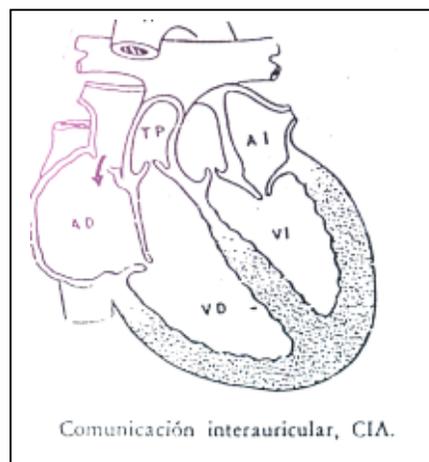
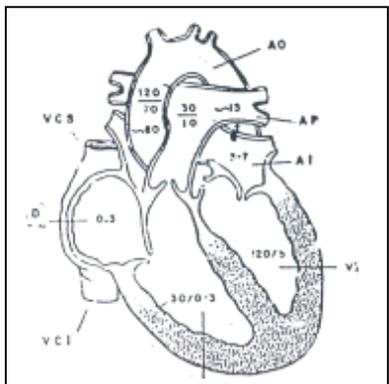
Los síntomas pueden estar ausentes, por lo general refieren bronquitis frecuentes y crónicas, hipo desarrollo pondoestaural, disnea con ejercicios, palpitaciones y dolor de pecho (son síntomas menos frecuentes).



Comunicación Interauricular (CIA)

Es la comunicación libre de ambas aurículas, da lugar al paso de sangre de la aurícula izquierda a la derecha, ocasionando sobrecarga de volumen en las cavidades derechas y aumento del flujo pulmonar. La CIA se presenta en el 10% de los enfermos cardiacos.

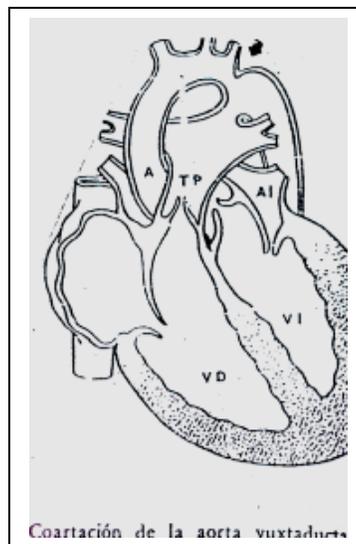
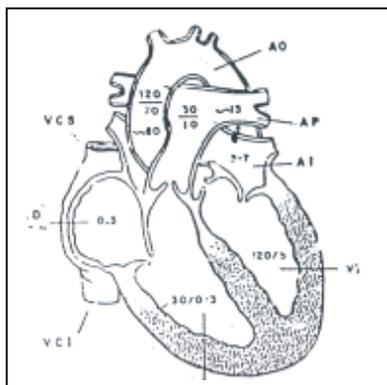
Los enfermos que tienen esta cardiopatía pueden ser asintomáticos en algunos casos, en otros sufren desarrollo ponderal bajo, disnea por ejercicio, seguida de palpitaciones, dolor de pecho bronquitis e infecciones pulmonares.



Coartación de la Aorta (CoA)

Se denomina coartación de la aorta a la estrechez de grado y longitud variable de la aorta, lo que produce una obstrucción del flujo de sangre proveniente del ventrículo izquierdo, y debido a esto aumenta la presión aórtica próxima al sitio de la coartación y una sobrecarga de presión el ventrículo izquierdo. Esta cardiopatía se presenta en el 7% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Los pacientes pueden no padecer ningún síntoma o muy pocos, como son: la presión anormalmente alta, disnea con ejercicio, dolor y una sensación punzante en cabeza son observables a veces, en una etapas tardías suceden accidentes vasculares cerebrales.



Estenosis Pulmonar (EP)

Es la obstrucción parcial de la válvula pulmonar, que produce un obstáculo al vaciamiento del ventrículo derecho, de esta forma aumenta la presión de dicho ventrículo y se prolonga el tiempo de expulsión de la sangre de esta cavidad, ocasionando la hipertrofia y la distendibilidad del ventrículo.

Generalmente los pacientes son asintomáticos, si la estenosis es apretada los pacientes padecen fatiga, mareos, sensación de lipotimias, síncope, disnea, insuficiencia cardiaca.

Estenosis Aórtica (EAo)

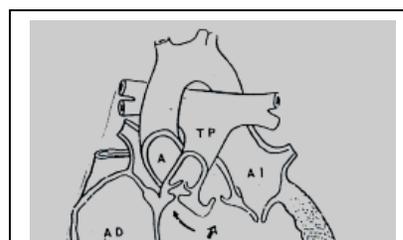
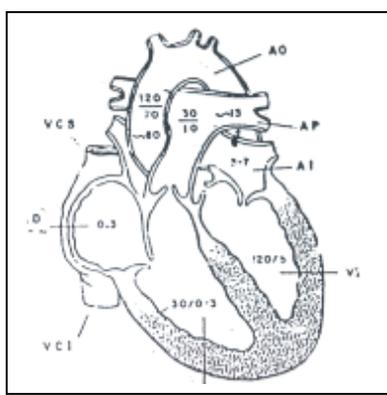
Se denomina estenosis aórtica a la estrechez de la válvula de salida del ventrículo izquierdo, dificulta el vaciamiento de la sangre hacia la aorta, de tal forma el ventrículo izquierdo prolonga su tiempo de expulsión y con el tiempo se hipertrofia, con lo que sobrevendrá insuficiencia contractil.

Si la estenosis aórtica es ligera no presentan síntomas, pero si es apretada pueden sufrir lipotimia, síncope, edemas pulmonares y muerte súbita.

Tetralogía de Fallot (AF)

La tetralogía de Fallot consiste en una malformación compleja compuesta por cuatro elementos: presencia de comunicación interventricular, estenosis pulmonar, dextroposición de la aorta (a caballo de la comunicación) e hipertrofia del ventrículo derecho. La aorta dextropuesta recibe sangre del ventrículo izquierdo y derecho (sangre insaturada o sin oxigenarse). La estenosis pulmonar impide a la sangre llegar al pulmón a oxigenarse. Constituye el 10% de la cardiopatías congénitas.

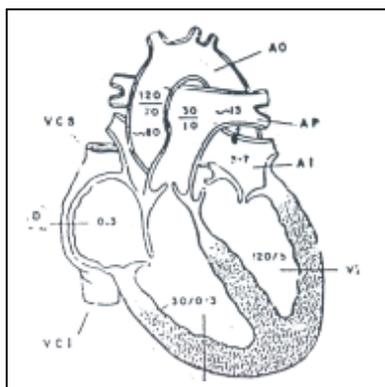
Los síntomas y signos son: cianosis progresiva, fatiga, crisis hipóxicas, disnea, encucillamiento, dolor de pecho, hipo desarrollo físico, hipocratismo cianótico en manos y pies, insuficiencia cardiaca.



Atresia Tricúspide (AT)

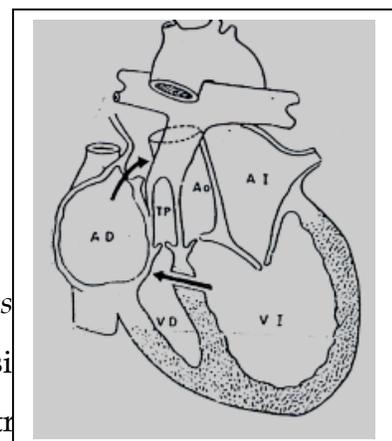
La atresia tricúspide se caracteriza por la ausencia del orificio de la válvula tricúspide, que comunica a la aurícula y ventrículo derecho, además se presenta, generalmente, una comunicación interauricular, provocando la hipertrofia del ventrículo izquierdo debido a que el ventrículo derecho está ausente o no funciona. Representa el 3% de las cardiopatías.

Los pacientes sufren de cianosis intensa, taquipnea, disnea moderada y en ocasiones crisis de hipoxia cerebral.



Transposición de Grandes

En las transposiciones de grandes vasos la aorta surge del ventrículo

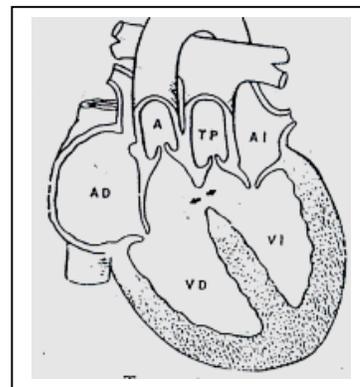
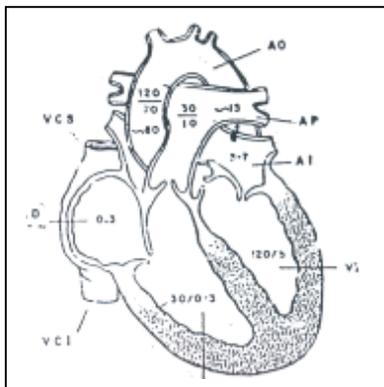


pulmonar del ventrículo izquierdo (lo normal es lo contrario), esto ocasiona que la sangre venosa llega a las cavidades derechas del corazón y de ahí pasa a la aorta transpuesta, llevando nuevamente la sangre al sistema circulatorio sin oxigenarse

en el pulmón. Por otro lado, la sangre proveniente del pulmón llega a las cavidades izquierdas del corazón y sale a la arteria pulmonar, la cual hace recorrer la sangre oxigenada nuevamente por el pulmón. En estas condiciones no hay posibilidad de vida.

La transposición de grandes arterias se presenta con otras cardiopatías, como son persistencia de conducto arterioso, comunicación interventricular o comunicación interauricular, lo cual ayuda a la supervivencia del paciente.

El cuadro clínico es cianosis universal, insuficiencia cardíaca, taquipnea, taquicardia, cardiomegalia, hepatomegalia, anasarca, deformación precordial.



Tronco Venoarterioso (TA)

En el tronco arteriovenoso, la arteria pulmonar y la aorta están fusionadas en su origen, en un único tronco del que nacen las ramas de la aorta y las que irrigan los pulmones, con lo que se provoca una cianosis intensa.

Corrección Anómala de Venas Pulmonares (CATVP)

En esta lesión, toda la sangre que regresa del pulmón penetra a las cavidades cardíacas derechas, debido a que las venas pulmonares se unen en una

vena cava superior persistente en el lado izquierdo. Los pacientes presentan cianosis, insuficiencia cardiaca y arritmias.

Las enfermedades anteriormente descritas requieren, generalmente, tratamiento quirúrgico, y antes de esto se les somete a estudios diagnósticos para detectar la gravedad de su padecimiento. Algunos de éstos son: ecocardiograma, radiografías, electrocardiograma, fluroscopía, angiografía, pruebas estándar de laboratorio (sangre, orina, etcétera), fonocardiografía, cateterismo, cinefluroscopia, estudios médicos nucleares, etcétera.

2.2.2. Caracterización del Niño Cardiópata*

Antes de presentar como viven la hospitalización cardiópata del INC, daremos características generales de estos.

Los niños cardiópata, en lo que respecta a su desarrollo físico, tienen alteraciones de crecimiento, talla, peso bajo, psicomotoras, dificultad para respirar, retención de líquidos, limitación en actividades físicas, fácil agotamiento, sudoración cefálica excesiva, predisposición a enfermedades pulmonares y respiratorias, cansancio cuando comen. Sin embargo, algunos niños no tiene alteraciones en su crecimiento si su afección cardiaca es leve, por el contrario, en los niños cianóticos son más acentuadas y muchas veces sufren deformación torácica y músculo esquelética.

Los niños cianóticos presentan en la piel una coloración de azulada a morada que se refleja principalmente en los labios, en los pabellones de las orejas, en las manos y en los pies. Los dedos de los pies y manos presentan hipocratismo, es decir, toman la forma de palillos de tambor debido a que se engrosan en las puntas, las uñas se van haciendo convexas. Cuando la cianosis es intensa la

* El presente apartado se tomo de: J.F. GUADALAJARA. *Cardiología*. “Cardiopatías congénitas”. p 903 -982. M. SOKOLOW. *Cardiología clínica*. p 49, 81 *- 118. HERNÁNDEZ V., Rogelio. *Manual de Pediatría..* p 535.

coloración de la piel se oscurece aún más, incluso los pacientes llegan a verse negros. Estos niños viven pocos años, sin embargo algunos de ellos pueden llegar a la edad adulta, debido a que ésta es una enfermedad crónica.

Algunos de los niños cardiopatas sufren síndrome de Down, labio leporino, sordera, problemas del lenguaje, un número mayor de extremidades, retraso mental, entre otros. Otra de las características, debido a que las cardiopatías necesitan de tratamiento quirúrgico, los niños quedan con cicatrices en el pecho y el costado. Además, cuando hay complicaciones en la cirugía, les acarrea problemas en el hígado, pulmones, riñones, lesión cerebral y a veces mutilaciones. Estas lesiones también son consecuencia de los extensos tratamientos con medicamentos a los que son sometidos.

Debemos tomar en cuenta que estos infantes tienen cierta idea de la capacidad física que poseen y reconocen sus límites: cuando pueden jugar, cuando tienen que descansar, etc., de alguna manera los pacientes tienen conocimiento de su enfermedad y sus consecuencias.

Es por ello que las características físicas repercuten en las características emocionales, las cuales varían, los niños cambian repentinamente de estado de ánimo, "se dan cuenta de la importancia de su afección, del valor del corazón en cuanto órgano vital, de los peligros que corren y de su posibilidad de invalidez o de muerte, aunque esto no se diga claramente"¹⁴. Es por esto que se muestran irritables, sobre protegidos por los padres, deprimidos, temerosos, ansiosos, hostiles, tienen demandas excesivas de afecto, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, etc.

¹⁴ J. AJURIAGUERRA. de. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona. Editorial Masson, 1983, p.c. 857.

A causa de que no pueden hacer actividades propias de su edad entran en conflicto, sintiéndose frustrados e impedidos. A diferencia de estos niños, hay otros que se desarrollan normalmente en su entorno cotidiano, pero no en la hospitalización.

Los infantes que son pacientes del INC, en su mayoría, provienen de familias desintegradas, a veces no viven con sus padres, viven con otros familiares, son hijos de madres solteras, padres divorciados. La mayoría de los niños son de bajos recursos económicos, provienen de diferentes lugares de la República Mexicana, por lo que tienen diferentes costumbres, lenguas, formas de hablar, de alimentarse.

Los niños internos tienen entre tres y dieciocho años de edad, de ambos sexos; su escolaridad es variable debido a que hay niños que se encuentran en un grado escolar acorde a su edad y madurez, otros han perdido años escolares por sus constantes hospitalizaciones, hay quienes no han recibido educación escolar al encontrarse lejos de las zonas escolares, por consideración de los padres, pues temen por la salud de sus hijos, o por voluntad propia del paciente, que ya no desea continuar sus estudios. Por lo tanto la población interna en el piso de cardiopediatría es muy heterogénea.

2.2.3. Proceso de hospitalización

Los cardiópatas, debido al problema de salud que padecen, visitan constantemente a su médico y ellos consideran hospitalizarlos* cuando hay una inestabilidad hemodinámica, el tratamiento no es eficaz en casa, para cateterismo cardiaco (diagnóstico) o para corregir sus defectos cardiacos(cirugía).

* La hospitalización puede tener una duración de dos a tres semanas generalmente, aunque en ocasiones se prolonga hasta tres meses (fecha límite de internamiento). En el transcurso de ésta, los niños son sometidos a estudios y están en espera de cateterismo o cirugía, durante este tiempo los niños se encuentran desocupados.

Los médicos les brindan el servicio en lo que se refiere al aspecto físico, es decir, los exámenes y diagnósticos, estabilización con medicamentos, etc., pero también tratan de establecer una relación médico - paciente para que los conozcan, explicándoles su enfermedad y tratamiento, pero no su pronóstico, para disminuir su tensión al ingresar a la institución de salud.

Después que el médico da la orden de internamiento, el niño es recibido por el personal de enfermería y se le asigna una enfermera, quien le muestra al paciente y a sus padres el servicio, le presentan al personal, le asigna su habitación y cama, también les aplica un cuestionario sobre los hábitos y costumbres que tiene su hijo.

Una vez que el niño se encuentra hospitalizado, los padres se tienen que retirar. Es cuando los niños viven diferentes tipos de sentimientos, ya que se encuentran fuera de su medio, con individuos extraños, sin su familia y privados de su libertad. Además de verse invadidos y agredidos por inyecciones, medicamentos y estudios de rutina.

Todo lo anterior se refleja en las reacciones del paciente, en su estado de ánimo, pues cambia de un momento a otro, los niños se encuentran aburridos, deprimidos, apáticos, indiferentes, enojados, agresivos, tristes, melancólicos, pensativos, introvertidos, huraños, miedosos, ansiosos, etc., por lo que se dificulta su adaptación al medio hospitalario y la socialización con los que se encuentran ahí.

Las características antes nombradas se dan como una reacción de defensa y miedo porque se sienten abandonados por sus familiares, separados de sus padres, piensan que se quedarán internados mucho tiempo, lo que a veces provoca: sientan

rencor hacia sus padres, pues en ocasiones los llevan con engaños, por lo que el primer día se sienten bastante deprimidos, presentan llanto continuo. Aunque hay niños que no pasan por este momento, debido a que llegan en mal estado (inconsciencia).

Por otro lado, hay niños que han tenido hospitalizaciones anteriores y siguen reaccionando de la misma manera al llevarlos nuevamente al instituto. Regularmente ocho de cada diez niños lloran cuando ingresan al servicio, el llanto se presenta en niños de todas las edades, pero se acentúa y prolonga en los infantes de tres a ocho o nueve años de edad, durante o al finalizar la visita y a veces en otros momentos del día.

El personal de salud y los mismos padres utilizan mentiras para evitar que lloren, en lugar de darles explicaciones lógicas y acorde a su edad, ocasionando la desconfianza de los niños hacia ellos.

La rutina diaria a la que se integran los niños, empieza en la mañana, cuando llega el personal de enfermería del turno matutino (7:00 am) a despertarlos para ir a la “escuelita” y tomen sus alimentos, a excepción de los que han de someterse a cateterismo o cirugía, después de desayunar los bañan.

Los internos que se han aseado pueden asistir a la “escuelita”, si así lo desean, donde se encuentra una asistente educativa (labora 7:30 am a 2:30 pm), pero no son obligados a acudir, ni a realizar las actividades que llevan a cabo. Estas actividades, muchas veces, son interrumpidas porque los niños deben ir a estudios y consultas médicas con otros especialistas (consulta externa). Así transcurre hasta el medio día, cuando las actividades se suspenden para dar paso a la comida, dejando para el siguiente día, el trabajo que no se haya concluido.

Después de haber ingerido sus alimentos, los mandan a lavarse los dientes y esperan la hora de visita, la cual dura una hora y media aproximadamente (3:00 a 4:30 pm), donde los niños se encuentran acompañados de sus familiares y amigos, los cuales se turnan de dos en dos para subir a visitar a su enfermo.

Al concluir la visita, los niños se quedan únicamente con el personal de enfermería del turno vespertino y los médicos de guardia, por lo que los niños dedican ese tiempo en ver la televisión, deambular por el servicio, dormir y caen en el aburrimiento. Esto se incrementa en los fines de semana, debido a que no labora la asistente educativa y el personal de enfermería disminuye.

A las 6:00 pm aproximadamente, los reúnen en la “escuelita” para cenar, posteriormente se dispersan por el servicio hasta la hora de dormir, la cual no es fija, pues ellos deciden a que hora se acuestan, no excediéndose de las 11:00 pm.

En el transcurso del día les suministran medicamentos por vía oral o intravenosa, según sea el caso, para ayudarle a contrarrestar los efectos de su padecimiento. La primera se aplica a los enfermos que toman un mínimo de medicamentos. La intravenosa se utiliza en los pacientes que reciben una cantidad mayor de medicamentos, pues al ingerirse por vía oral pueden dañar el estómago. Los medicamentos son conducidos a través del suero.

Los tratamientos a los que son sometidos los infantes son extensos, y para evitar alguna infección se tiene que cambiar el suero de una vena a otra, por lo menos cada semana y hacerle curación diariamente, es por lo que los niños quedan con cicatrices, moretones y molestias en esas partes. También los pesan y miden cada semana.

Dentro del hospital se pueden distinguir tres formas de estancia para los niños, según la gravedad de su padecimiento:

1) Quienes se encuentran en cama por estar conectados a oxigenadores y/o monitores, están en reposo postoperatorio o de cateterismo o entubados*.

2) Otros se encuentran en tratamientos extensos están sujetos a un suero(s) y una bomba(s)*, pero pueden trasladarse en el servicio llevándolos en la silla de ruedas o tripie, también andan en una silla de ruedas los niños que pueden tener muerte súbita o insuficiencia cardiaca.

3) Por último, niños que deambulan por todo el servicio sin impedimento, de ninguna clase, ya que se encuentran en espera de algún estudio y/o cirugía y sus medicamentos se le suministran por vía oral.

Para someter a un niño a cirugía se toma principalmente las características y/o peculiaridades de cada cardiopatía, pues éstas, dependen de la edad (hay una edad para cada procedimiento), repercusión hemodinámica, cumplir con los requisitos de trabajo social (costos, donadores de sangre), cupo en cuidados intensivos y sala de operaciones, los exámenes del paciente estén completos y sin infección actual.

Se busca que la cirugía ofrezca más beneficio que riesgo. Aunque no se toma en cuenta el estado de ánimo del niño, por lo que éste reacciona de dos maneras ante la cirugía: la primera, de temor y angustia, se niega a ser operado; la segunda, de ansia y alegría, ya que ello implica regresar a casa. Los que ya han sido sometidos a cirugía anteriormente, lo toman con aparente tranquilidad, aunque

* Un paciente entubado es aquel que se encuentra en estado grave e inconsciente, está conectado a monitores, ventiladores, varias bombas y puede presentar edemas pulmonares.

* Una bomba es un aparato regulador del suero y medicamento que pasa por la vía intravenosa, el cual necesita energía eléctrica para su funcionamiento y tiene una batería para almacenar esta energía, lo que le permite al paciente, trasladarla de un lugar a otro sin estar conectado a la corriente eléctrica.

tiene miedo, pues están conscientes del riesgo que representa una intervención quirúrgica y las molestias post-operatorias.

El tiempo recluidos en el hospital, los enfermos presentan alteraciones psicológicas, como lo mencionan A. Madrigal¹⁵ y H. Bakwin¹⁶: egoísmo, egocentrismo, irritabilidad, solicitud continua de mimos, insatisfacción constante, hipocondría, hiperactividad mental, culpabilidad, preocupaciones. Esto se debe a factores intrínsecos (enfermedad) o extrínsecos (ambientales). Los primeros traen como consecuencia trastorno psíquicos, limitaciones físicas, frustración, incomprensión de la reclusión si no hay dolor, dolor físico, anorexia (por vómitos o diarreas), restricción de ciertos alimentos. Los factores intrínsecos se manifiestan de dos formas:

- 1) *Formas positivas de actuación errónea*: excesos de mimos, constantes preguntas de ¿qué le duele?, comentar su enfermedad ante él exageradamente, expresar el sufrimiento en su presencia, compadecerlo, tolerar sus rabietas.
- 2) *Formas negativas*: abandonarlo en su enfermedad, tratarlo con brusquedad, recriminarle su enfermedad, incomprensión de su pena, crudeza al referirse a su enfermedad, no proporcionarle el ambiente adecuado para su recuperación.

Lo anterior se manifiesta en las relaciones de los infantes con las personas que los rodean: médicos, enfermeras, familiares, personal de intendencia, cocina, dietólogas, educadora, voluntarias y entre ellos.

La relación entre los pacientes y los médicos depende principalmente del carácter de ambos y del rango jerárquico de los segundos. Los médicos adjuntos

¹⁵ A. MADRIGAL LLORENTE. *Los niños son así*. p. c. 221- 223.

¹⁶ H. BAKWIN. *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México. Editorial Interamericana, 1974.p. c. 113.

son los responsables de los pacientes, pero son los que menos se relacionan con los internos, pues nada más pasan visita a sus pacientes y se dedican más a sus expedientes, por lo que muchos niños no conocen a su médico adjunto. Por general, los médicos residentes pasan más tiempo con los niños, aunque su estancia en el servicio es corta.

Los médicos residentes conviven más con los infantes a través de juegos pláticas, etcétera. Por lo anteriormente mencionado, los niños manifiestan resentimiento hacia algunos médicos y creen que no toman en cuenta que son seres humanos como ellos, no se preocupan ni toman en serio su enfermedad, o tienen preferencia por niños con mayores recursos.

No obstante los niños más pequeños con médicos, que en su momento representan una figura materna o paterna. Así como hay adolescentes que establecen cierta complicidad con los médicos, pues se sienten abandonados por sus familiares y tienen la necesidad de ser escuchados por alguien.

Por otra parte, con el personal de enfermería, los niños mantienen una relación más cercana porque de alguna manera pasan más tiempo con ellas, sin embargo hay sus excepciones, pues algunas enfermeras no tienen la debida paciencia y se irritan con facilidad, por lo que establecen una relación meramente profesional.

La mayoría de las enfermeras consideran que su relación con los pacientes se basa en la confianza, cariño, amabilidad y respeto para ayudarlos y orientarlos en el proceso de hospitalización y cirugía. Lo anterior se lleva a cabo a través de pláticas informales con los pacientes, por lo que se crea una empatía más cercana, ocasionando que los pacientes las relacionen con alguien de su familia.

Sin embargo, las enfermeras no les pueden dedicar todo su tiempo a los infantes, pues ellas tienen que cumplir con sus labores y obligaciones dentro del servicio, así, solo platican con ellos cuando están desocupadas o mientras les practican una curación, cambio de suero, etcétera.

De esta manera la relación de los niños con sus padres o familiares cambia desde el momento de la hospitalización: algunos los llevan con engaños. Otros platican con anterioridad de su enfermedad, hospitalización y sus posibles consecuencias, no obstante, los infantes se rehusan a su internamiento, reflejan resentimiento hacia sus padres por dejarlos “abandonados”.

Por tanto, en las nuevas relaciones, no solamente los niños son afectados, los padres también, pues se sienten culpables de la enfermedad de sus hijos e impotentes por no poder ayudarlos, provocando sentimientos encontrados (angustia, tranquilidad, confianza, ansia, estrés, tristeza, esperanza, sacrificio) dentro de la propia familia. Además de depositar toda su confianza y esperanza en el personal sanitario, creyéndolos omnipotentes, pues consideran que ellos pueden salvarle la vida a sus hijos.

Por otro lado, los padres, al sentir la posible pérdida de su hijo, se dan cuenta de las relaciones poco cercanas que llevaban con ellos. Valoran más a sus hijos, y en ocasiones caen en extremos: sobreprotección, muestras de afecto y mimos excesivos, los llenan de regalos, etcétera, esto se debe al par de horas que pasan con ellos durante el día (horario de visita).

Durante la visita, la mayoría de los padres platican con sus hijos sobre la familia, lo que ocurre en su casa, las actividades realizadas en el hospital, sobre sus necesidades dentro de éste. Pasean con ellos por los pasillos del servicio, juegan, se dan muestras de cariño (abrazos, besos, regalos, etc.).

No obstante, hay padres que ocupan las horas de visita para ver la televisión, resolver crucigramas, platicar con el personal del servicio, arreglar trámites, reprocharle a su hijo su enfermedad, haciéndolo sentir culpable, mostrarle y decirle las molestias que causa su enfermedad a toda la familia, evitándoles visitas de otros familiares, mostrando de esta manera total desinterés por el paciente, llegando a ignorarlo.

Sin embargo, se da el caso contrario, hay niños que tienen el apoyo y cariño de sus padres, aún así, los primeros rechazan a los segundos, no quieren platicar, destruyen los regalos, los ignoran, se esconden de ellos. Los pacientes castigan a sus padres: los obligan a pasearlos por todo el servicio, en una silla de ruedas, durante toda la visita. Los niños manifiestan que no les interesan que sufran, los golpean cuando se retiran, lloran y les hacen berrinches, les comentan son más felices hospitalizados que en su hogar.

Otra persona con quien conviven es la educadora, esta relación depende principalmente de los niños, pues si éstos la buscan, ella les brinda su apoyo, pláticas y actividades, pero de no ser así, la educadora no se esfuerza por crear un vínculo entre ellos, por lo que la relación entre los pacientes y la educadora es ambigua. Por tanto, se establece principalmente con los niños más pequeños porque sus actividades son más atractivas para ellos y con los más grandes platica si ellos lo desean.

Dentro del hospital, los internos también tienen contacto esporádico con otras personas, entre ellas se encuentran: personal de intendencia, cocina y dietología, voluntarias (monjas, damas voluntarias, prestadores de servicio social, etc.). La convivencia con los niños depende del interés y la personalidad de cada uno de ellos.

Además existe la convivencia entre los mismos enfermos, ésta depende en gran medida de su edad y sexo. La convivencia se da después de varios días de hospitalización, pero sino se le estimula para convivir, se aíslan por completo.

La hospitalización de un niño repercute en su estado de ánimo y siempre les causa tristeza: a los niños pequeños les preocupa separarse de sus padres, estar en un lugar extraño, les causa miedo. A los niños mayores de siete años les preocupa la pérdida de clases (sí estudian), como lo manifestó “M” durante la entrevista “...yo me desespero mucho porque quiero ir a la escuela, quiero estudiar, se me hace que estoy perdiendo tiempo...”.

También tienen la preocupación de dónde se van a instalar sus padres (sí vienen de provincia), del costo del traslado y de su enfermedad (tratamiento, cirugía, medicamentos, etc.). Otra preocupación, es la de ser diferente a los demás niños, por su inactividad física, el encierro al que se someten y la duración de éste.

Muchas veces por las actitudes que toman los padres o familiares hacia y frente a los niños, les causan una preocupación excesiva por la situación en que se encuentran, les hacen notar la gravedad de su enfermedad o la exageran, provocando en el niño padecimientos psicosomáticos*.

Dentro del hospital, la convivencia entre los niños se da mejor cuando hay una mayor cantidad de niños de su misma edad o cercana a ella. Cuando hay niños de edades muy variadas, los mayores se vuelven protectores de los pequeños. En el transcurso de los días, los niños se van conociendo y va desapareciendo la inseguridad y el temor que tenían, de manera que los niños se asocian para jugar y

* Los padecimientos psicosomáticos son aquellos padecimientos físicos, provocados psicológicamente, por ejemplo: dolores, vómitos, etc.

hacerle travesuras al personal, surgiendo una complicidad entre ellos. Las niñas se reúnen para platicar y jugar.

Aunque hay ocasiones, que a raíz de los juegos, posesión de un juguete, de la televisión o antipatías hay enfrentamientos entre ellos, lo anterior ocasiona que el personal sanitario no sabe como tratarlos, ni como actuar en estas situaciones o ser parcial con los implicados.

Por otra parte, hay niños que se encuentran en reposo absoluto, están recién operados, han sufrido un cateterismo, por lo cual están en cama y no conviven de la misma manera con los demás niños, se aburren en exceso pues no tienen ninguna actividad que realizar y sus compañeros los visitan casualmente.

La mayoría de los niños, después de un tiempo de estar hospitalizados, adquieren hábitos como: chuparse el dedo, jalarse el cabello y cejas, masturbarse, rascarse hasta sangrar, comerse las uñas, golpearse. Lo antes mencionado se acentúa cuando se les comunica que van a ser operados.

Ante la cirugía tienen varias reacciones: ansiedad, impaciencia, temor, angustia, negación, incertidumbre, tranquilidad aparente, lo que puede ocasionar trastornos psicossomáticos para evitar la cirugía, pues se ha observado cuando un niño no quiere ser operado, manifiesta alteraciones físicas (fiebre, vómitos) un día antes de la operación.

Cuando un enfermo se va a someter a cirugía, se toma en cuenta las características de su enfermedad, más no el estado de ánimo o el deseo de ser operado. Aunque hay médicos que consideran se debería tomar en cuenta, ya que influye en sus pronta recuperación y en los resultados de la cirugía. La decisión de

cirugía no cambia por el estado de ánimo del paciente, pues esto significaría perder su oportunidad de cirugía durante unos meses e incluso la vida.

Podemos concluir que el niño cardiópata hospitalizado pasa por un sinnúmero de situaciones, tanto físicas como afectivas, que influyen durante la estancia en el nosocomio, las cuales le ayudan o le perjudican.

III. FORMACIÓN y RECREACIÓN

En el presente capítulo hablaremos de la formación y la recreación, pues consideramos que es necesaria para la ocupación del tiempo libre de los niños en el centro hospitalario.

3.1.. Formación

La formación tiene un significado propio, distinto a la educación. “Educación significa acción desde fuera sobre el hombre en devenir. Es el conjunto de las medidas necesarias para guiarlo. La formación designa el proceso de desarrollo, en el que se manifiesta al exterior algo interior”¹⁷, abarca la inteligencia de sí y el mundo que tiene el hombre. Así la formación se da en un constante intercambio con el mundo , pues no es un proceso orgánico que se lleve a cabo por sí solo, se da por la educación.

La formación es una obra interior, se comprende como la forma o la estructura del hombre, no solo animal, sino también la de sus capacidades, vivencia, expresión, comprensión, creación y acción, ya que conduce al desarrollo ponderado de todas las facultades específicas, encaminadas a lograr un modelo pensado para él, colaborando a ampliar su horizonte y a descubrir nuevas posibilidades. Así toda teoría de la formación parte de la relación del hombre con el mundo.

¹⁷José A. SPECK. *Conceptos fundamentales de Pedagogía*. España. Editorial Heder, 1981 p. c . 269.

La formación consiste en que el hombre obtenga las debidas experiencias y conocimientos a desarrollar en tareas y situaciones de la vida, adecuando a cada una las capacidades y funciones de su personalidad. “La formación se acentúa no solo con sus relaciones con el individuo, sino también a través de su adaptación a una situación histórica y social”¹⁸.

La formación es un proceso, el cual comienza al nacer y termina con la muerte, este proceso no es armónico, sino que procede por aceleraciones y retardos parciales provocados por el medio ambiente y la disposición del hombre. El proceso se enfoca en diferentes aspectos del ser humano, como son el biológico, psicológico y social. Por lo que el individuo se desarrolla tanto individual como socialmente.

3.1.1. Implicación personal de la formación

El desarrollo individual del ser humano se establece principalmente por la afectividad, la cual es afectada por el medio ambiente y la naturaleza del hombre.

La afectividad cumple una función primordial para el desarrollo físico, las relaciones interhumanas, los lazos que unen al individuo con su medio, el equilibrio y el bienestar emocional de la persona. De esta manera, cuando hay una modificación en la organización afectiva, repercute en la eficiencia intelectual, en la actitud y el comportamiento de la persona.

Los ámbitos afectivo y cognitivo son complementarios, ya que uno de los procesos no puede funcionar sin el otro, sin embargo “las funciones intelectuales se

¹⁸Wilhelm FLITNER, *Manual de Pedagogía General*. Barcelona. Editorial Herder, 1972. p. c 142.

deben comprender a partir de sus elementos afectivos y no a la inversa”¹⁹, pues a partir de estos se hacen las primeras clasificaciones y conceptos del individuo.

La afectividad del niño es de primordial importancia, forma el cimiento de la vida del adulto, condicionando en gran parte su carácter y destino, dejando de manifiesto que gran número de conflictos afectivos del adulto tienen estrecha relación con los conflictos vividos en la infancia.

La primera manifestación de la efectividad en el niño es la emoción, la cual se concibe como intensa y relativamente breve, originada por una situación, pensamiento, imagen agradable o desagradable que actúa, excita y dirige el comportamiento de una manera determinada.

La emoción se manifiesta por conductas observables o reacciones somáticas comprobables, mientras los sentimientos carecen de éstos, son menos intensos y más duraderos, condicionados por valores culturales. Los sentimientos no son objeto de comprobación directa, sino que se inducen de las manifestaciones emocionales del niño, Los sentimientos aparecen posteriormente a las emociones.

En la vida afectiva del niño tiene prioridad la emoción sobre los sentimientos, aunque con el tiempo se vuelven más importantes los sentimientos, es decir, la afectividad “primero, y durante mucho tiempo, ocupa el primer plano ,de la escena psicológica y tiene bajo su hegemonía a las demás funciones”²⁰.

La afectividad infantil es intensa y dominante, el niño no puede controlar sus emociones, ni juzgarlos, criticarlos o corregirlos, pues siente antes de pensar y expresarse, por lo cual solo existen los objetos si tiene un interés afectivo para él.

¹⁹ H. GRATIOT. y ZAZZO, R. *Tratado de Psicología del niño No. 4 Desarrollo afectivo y moral*. 3ª. Edición Madrid. Editorial Morata, 1984.. p. c 23.

²⁰ Ibidem. p. c 18.

El niño conceptualiza y clasifica los objetos de acuerdo al valor afectivo que representen para él, de desagrado o agrado, de los intereses o sentimientos provocados. El niño expresa en el juego sus sentimientos y tiene el poder de crear ficciones, le permiten experimentar distintas emociones, posteriormente le servirán y ejercen acción sobre el medio que lo rodea, sometiéndolo a sus necesidades y deseos, transformando también su conducta, clasificando lo que le produce agrado y desagrado, para posteriormente hacer uso de esto.

El llanto es la primera expresión de afectividad y comunicación del niño con las demás personas, a través de sus diferentes manifestaciones expresa dolor, alegría, hambre, etc. Más adelante, la sonrisa cumplirá con este papel, revelando por medio de ésta, su aprobación o rechazo hacia las personas.

Por otro lado, las relaciones con los niños, en un principio, se establecen por rivalidad, ya que el niño es puramente egocéntrico y busca la atención del adulto. Después la relación cambia de agresión a ruego, súplica, intercambio, etc., para obtener objetos, estableciendo así, cierta afectividad y compañerismo entre ellos. Alrededor de los dos años los niños se relacionan con otros, por medio de sus experiencias lúdicas, pasando del juego paralelo al juego colectivo, que no implica más de tres participantes.

Es así como durante los tres primeros años de vida del niño, la afectividad es mayor y variada, debido a que madura, logran más confianza y seguridad en sí mismo, sus emociones, no solamente responden a estímulos sensoriales, sino también a las relaciones con las personas. Originando mayores sentimientos.

El desarrollo emocional del niño cambia cuando entra a la escuela, afectado principalmente por la maduración, con ella, el comportamiento emocional tiende a estabilizarse, con la edad, las emociones adquieren duración y constancia.

Los niños y adolescentes se preocupan más por su futuro, sus emociones y sentimientos son más duraderos y tienen control sobre ellas, cambian su temor por ansiedad, la violencia física por arrebatos verbales. Los temores y las lágrimas evolucionan, ya no alcanzan una intensidad dramática y las retienen delante de los demás si así lo desean, volviendo sus emociones más racionales y relacionadas con la vida estética, religiosa y moral.

Las emociones tienden a socializarse en mayor grado, debido a que la vida social del individuo se enriquece y se hace más compleja. Su afectividad está vinculada a sus relaciones con los demás individuos, pues busca la aceptación y no quiere sufrir el rechazo, ni ser juzgado por las personas.

El adolescente juzga sus sentimientos, toma conciencia de ellos, hace constantes críticas de sus emociones y sentimientos, por medio de la conciencia de sí mismo. Con la edad, los sentimientos se hacen menos turbulentos y expansivos, tienden a interiorizarse, al mismo tiempo son más profundos. La expresión de los sentimientos es disimulada y los reserva para sí.

El niño busca su independencia a medida que crece, comienza a tener crisis de rebelión, a organizarse y sistematizar la resistencia en contra de sus padres, lo que trae conflictos con la autoridad, es decir, "con el desarrollo de sus facultades intelectuales, el niño se hace razonador ... pide con mayor frecuencia explicaciones y justificaciones antes de obedecer"²¹.

²¹ Ibidem. p. c 99.

No por esto deja de tener lazos afectivos con sus padres, que representan el objeto afectivo esencial. El amor proporcionado por los padres es imprescindible para su equilibrio y bienestar psíquico, por lo que en la adolescencia se da una ambivalencia y confusión de sentimientos. Además de las amistades exclusivas y apasionadas, surgen romances, que muchas veces, no tienen el consentimiento de los padres.

La afectividad no se desarrolla en un proceso lineal, sino que a veces llega a mostrarse ciertos retrocesos. La afectividad no se haya desligada del desarrollo integral del niño y se encuentra estrechamente vinculado con la interacción con otras personas, de modo que los seres humanos pasamos del egocentrismo relativo y el aislamiento psicológico al rico y complejo mundo de las relaciones sociales.

3.1.2. Implicaciones sociales de la formación

El niño es un ser social desde su nacimiento. La conducta social se desarrolla a través del proceso de socialización. Durante toda su vida, el sujeto se conoce a sí mismo y a los demás, aprende a vivir en compañía.

De tal manera, la socialización se toma en dos acepciones: la primera, como proceso de adaptación a una institución y a sus normas, para participar en ella, por ejemplo, horarios de comida, formas de comportamiento, etc. La segunda se refiere a las relaciones que establece el individuo con los sujetos, respondiendo a la necesidad de acompañamiento y empatía; desarrollan un vínculo de dependencia por un sentimiento que los une.

La socialización depende del desarrollo individual e implica una adaptación social, que se da no sólo por la acción del individuo, sino también de su reacción ante el mundo, las personas y sus actividades, es decir, factores externos que

influyen en el desarrollo. Wallon explica la socialización como la interacción entre el medio y el grupo. Entienden al medio como “el conjunto más o menos duradero de las circunstancias en que transcurre la existencia de los individuos”²², incluye naturalmente a las instituciones y al grupo.

De lo anterior se entiende que la socialización es un proceso “por el cual el sujeto adquiere las habilidades, los roles, las expectativas y los valores del grupo cultural o social al que pertenece”²³. Se vuelve partícipe y contribuye a él, es decir, la conducta social es dinámica y activa, pues el individuo influye en el grupo y viceversa. Algunas características de esta conducta son: interés por los demás, cooperación, cordialidad, disposición de ayuda, responsabilidad, confiabilidad, generosidad y ausencia de egocentrismo.

La socialización se da por la interacción social, la cual se lleva a cabo a través de un encuentro interpersonal, cara a cara, donde cambian las percepciones mutuas y se modifican para recibir una respuesta de lo que se perciben. Toda interacción social se da dentro de un “contexto social que imprime su marca aportando un conjunto de códigos, de normas y modales que vuelven posible la comunicación y aseguran su regulación”²⁴.

La interacción social aparece de entrada como un proceso de comunicación y tiene como características la disposición del niño a prestar atención a los mensajes de los demás y hacerles partícipes de sus propios sentimientos e intenciones, esto tiene lugar en diferentes planos: afectivo, lingüístico, práctico e intelectual. El niño logra la significación del mundo a través de los símbolos y toma sentido de este gracias al diálogo.

²² H. GRATIOT. *Tratado de psicología del niño. Tomo V. "La formación de la personalidad"*. 2ª edición. Madrid. Editorial Morata, 1980. 41p. c.

²³E. SARAFINO. *Desarrollo del niño y el adolescente*. México. Editorial Trillas, 1988. p. c. 264

²⁴Edmond MARC. *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. 1ª edición. Buenos Airas. Editorial Paidós, 1992. p. c. 16

La comunicación es un acto social por excelencia, actividad primordial de la sociedad, exige la recíproca atención de dos o más sujetos, al igual que la atención de transmitir un significado y de manifestar al otro la recepción o la desestimación de su mensaje, debido a que la comunicación es un proceso psicológico, pues la recepción del mensaje implica una actitud activa de escucha en la que intervienen diversos factores que regulan la interpretación del mensaje.

La socialización es un proceso que comienza en la infancia a través de las relaciones con los padres, las cuales varían en calidad y cantidad. Schafer²⁵ identificó cuatro formas de relacionarse entre padres e hijos, dependen del amor y la hostilidad que sienten hacia ellos, de la autonomía y control ejercidos sobre ellos. De aquí se desprenden cuatro categorías:

- *Amor – autonomía.* Se desarrolla en una atmósfera democrática, donde los padres toman en cuenta a sus hijos como individuos, sin dejar de fortalecer las reglas de conducta, les dan la oportunidad de explorar y descubrir sus habilidades. Los padres son afectuosos y tolerantes, por tanto los niños son amistosos, tienen una buena autoestima y son tolerantes con respecto a otras personas.
- *Amor – control.* Se desarrolla en un ambiente sobreprotector, los padres son amorosos con sus hijos, pero intervienen y controlan aspectos del desarrollo, les dan pocas oportunidades de explorar y experimentar, provocando que se vuelvan dependientes de las demás personas.
- *Hostilidad – autonomía.* Esta relación se caracteriza por que los padres rechazan e ignoran a sus hijos. Los hijos agresivos, intransigentes, desobedientes con lo demás, reflejan el trato que ellos reciben.

²⁵ SCHAFFER citado en SARAFINO, E. *Desarrollo del niño y el adolescente.* p.c. 418

- *Hostilidad – control.* La relación de los padres para con sus hijos es hostil y dominante. Los niños son hostiles con los padres y maestros, también consigo mismo, son tímidos y a la vez agresivos, tiene conflictos internos.

Las categorías anteriores influyen en el modo de socializarse de los individuos, desde la infancia hasta la edad adulta. Zavalloni y Montuschi²⁶ distinguen cuatro estadios para el desarrollo de la socialización:

a) *Presocial.* Termina hasta los tres o cuatro años, indica “el comportamiento social de los primeros años revela la falta de diferenciación entre los componentes de la sociedad”²⁷, es decir, el niño en los primeros meses no distingue a las personas de los objetos.

En el segundo y tercer mes empieza a distinguir a las personas, en el cuarto mes hay una gran necesidad de socialidad debido a sus requerimientos fisiológicos. Aproximadamente al año y medio, el niño tiene el placer de dar y recibir.

Los intereses por los otros niños empieza entre el cuarto y sexto mes, a partir los dos años se interesa por jugar con los demás y utiliza materiales lúdicos para establecer relaciones sociales. A la edad de cuatro años tiene claro un sentido de pertenencia a su familia y una preferencia por la compañía de niños.

b) *Egocéntrico.* Finaliza entre los ocho y nueve años. Se caracteriza por el paso de la actividad solitaria a una actividad antagónica (luchas, desacuerdos)

²⁶ R. ZAVALLONI. *La personalidad en la perspectiva de la personalidad social.* Barcelona. Editorial Herder, 1977.

²⁷ Ibidem. p. c. 56

hacia los demás. Existe una aproximación más estrecha entre los niños, se empieza a desarrollar la conducta para la adaptación social del individuo

El niño muestra un interés por los contactos sociales, pasando del juego paralelo al juego cooperativo, imita palabras, acciones y emociones, ya que intenta identificarse con el grupo, disminuye la atención paterna, aunque sigue manteniendo el mismo contacto con niños y adultos.

El niño aprende a cooperar con los demás y a jugar de modo más armonioso, compartiendo vínculos emocionales, sin embargo estas relaciones no serán tan perdurables como las que desarrollarán posteriormente.

c) *Estadio de exploración.* Termina alrededor de los doce o trece años. El niño se distingue a sí mismo del mundo exterior y comprende que los objetos, además de sentido de placer, tienen sentido de utilidad. En las relaciones interpersonales, no solo toma en cuenta sus necesidades y sentimientos, sino también los de los demás.

El aspecto físico se vuelve importante para el desarrollo de su socialización, tiene una creciente necesidad de estar acompañado, no le basta tener pocos amigos. El niño quiere pertenecer a un grupo, la socialización condiciona la adquisición de conciencia de sí mismo y de los demás. La importancia del grupo se hace mayor que la de los padres.

d) *Estadio de organización.* Representa el paso a la adolescencia, el individuo se hace consciente de su propio "yo", del mundo donde y como vive. La vida social toma una dirección, depende de las capacidades y límites personales del individuo.

El adolescente se encuentra con más dificultades, en relación con las personas del sexo opuesto y los adultos que viven fuera del ambiente familiar o escolar, su principal preocupación se debe a la necesidad de pertenecer y ser aceptado en un grupo. La influencia del grupo se hace más intensa, por lo que llega a tener conflictos con sus padres, ocasionando en los últimos, sentimientos ambivalentes.

El adolescente tiene una creciente necesidad de contacto psicosocial, la cual se manifiesta cuando permanece más tiempo fuera de su hogar, mantiene más interacciones con sus amigos, son más extensas y duraderas. La adquisición de pensamientos formales, su maduración intelectual, emocional y social suscitan la participación activa con las personas cercanas a él.

El joven por las crecientes interacciones sociales a las que está expuesto, comprende, dialoga y trabaja conjuntamente con adultos y amigos, se separa emocionalmente de su familia, principalmente de sus padres. Tiene mayor inserción en la vida de grupo.

La contribución del adolescente en el grupo y las relaciones con él, se dan principalmente por la amistad, la cual “se caracteriza por una participación frecuente en actividades, aunada a un vínculo emocional sólido”²⁸, que busca el apoyo sentimental, comprensión y aceptación. La amistad se da en tres niveles diferentes, es decir, las amistades casuales, los buenos amigos y los amigos íntimos.

El adolescente puede tener la aceptación social en el grupo que el desee si tiene un físico atractivo o es más competente en otras áreas, intereses similares, deportividad, sentido del humor; experiencia social para adaptarse a varias

²⁸ E. SARAFINO, *Desarrollo del niño y el adolescente*, p. c. 429

situaciones; aptitudes para participar en las actividades de grupo, inteligencia, información social, etc.

De manera contraria, puede estar condicionado al aislamiento: si su aspecto externo no es atractivo, disminuciones físicas que impidan participar en el grupo, aislamiento geográfico, sentimientos de inseguridad que lo hacen demasiado dependiente, cambios frecuentes de domicilio, timidez, agresividad, no tener éxito en el deporte, etc.

Las relaciones sociales de los adolescentes incluyen pertenecer a grupos grandes. Según Dumping²⁹, son principalmente las pandillas y agrupaciones. Las pandillas son grupos pequeños con relaciones estrechas, su cantidad de miembros es de tres a nueve miembros. Mientras las agrupaciones tres veces más grandes, se constituyen en torno a intereses, habilidades e ideales comunes.

En suma, la socialización es crucial para el adolescente, pues al sentirse integrado en un grupo le da confianza en sí mismo, se siente alguien, se desarrolla psíquica, emocional y socialmente.

3.2. Recreación*

El tiempo libre es una parte del tiempo social, el cual se divide en cuatro tipos fundamentales: tiempo psicobiológico, ocupado por nuestras necesidades psíquicas y biológicas elementales; tiempo socioeconómico, empleado para satisfacer las necesidades económicas; tiempo sociocultural, dedicado a las acciones que demanda la vida social y cultural. Por último, se encuentra el tiempo

²⁹ DUMPING citado en E. SARAFINO, *Desarrollo del niño y el adolescente*.

* El presente apartado es un resumen elaborado de los siguientes libros: SOUST S., A. *La recreación en la estructura de la personalidad*. México. Editorial CREFAL, 1956.

19, 22 p. r. *Enciclopedia Ilustrada Cumbre*. México. Editorial Hachette Latinoamericana, 1993. 31^a. Edición. Tomo 10, 406, 407 p. r. Tomo 11, 382 p. r.

libre, son las acciones que realiza el hombre, sin ninguna necesidad externa, pero sí una por necesidad intrínseca.

El tiempo libre es aquel, donde el hombre autocondiciona su conducta y/o actividades personales o sociales, es decir, predomina la libertad sobre la necesidad. El tiempo libre es considerado como tiempo de ocio o recreación. El ocio tiene la función de dar libertad, placer, descanso, diversión y desarrollar la personalidad.

El tiempo libre compensa el tiempo de trabajo, opera como mecanismo reductor de desequilibrios y regulador de la personalidad. Según E. Weber³⁰ el tiempo libre:

- 1) Satisface la necesidad de prestigio y demostración del propio rango social
- 2) Distrae y da placer para variar y cambiar la rutina.
- 3) Compensa el alboroto, ayuda a estar solo y en recogimiento.
- 4) Cultiva el interior y el trato consigo mismo.
- 5) Promueve las relaciones interpersonales y demás formas de sociabilidad afectiva.
- 6) Ayuda a la formación y el perfeccionamiento profesional y humano, en lo estético, científico e ideológico.
- 7) Permite conocer las limitaciones y dependencias, la autodeterminación contra las coacciones.

La recreación es diversión o entretenimiento que ayuda al individuo a re-crear las energías de los músculos y del cerebro mediante, una actividad voluntaria

³⁰WEBER, E. citado en MUNNÉ, F. *Psicosociología del tiempo libre: un enfoque crítico*. México. Editorial Trillas, 1990. 6ª. Reimpresión. 95 – 96 p. r.

que le proporcione descanso, satisfacciones, conocimientos, amistades, etc., la cual puede realizar en sus horas libres.

Las prácticas personales y sociales se manifiestan a través del desarrollo de actividades durante su tiempo libre, a estas actividades se les denomina modos prácticos del tiempo libre y son el descanso, la recreación y la creación.

El descanso nos sirve para liberarnos de la fatiga, la cual disminuye “las capacidades de nuestro organismo a causa de una actividad prolongada, de carácter muscular, sensorial o mental ... o de un modo subjetivo”³¹. El descanso no excluye a las actividades psicobiológicas, pues existe un descanso pasivo, consiste en no hacer nada o dormir y, un descanso activo, consiste en hacer uso de las energías para realizar actividades. El descanso activo tiende a ser lúdico y por tanto a ser recreativo.

La recreación intenta apartarse o superar el aburrimiento. La recreación es un medio por el cual el ser humano expresa sus frustraciones, pues crea o vive valores que compensan la insatisfacción producto de un acontecimiento, evitando los síntomas patológicos que pudieran ocasionarse, de esta manera le brinda al hombre un armonioso equilibrio.

De igual manera, ayuda a descubrir vocaciones y aptitudes en los niños y jóvenes, adquieren hábitos, conservándolos toda su vida. También se ha descubierto que las actividades recreativas ayudan a curar las enfermedades físicas y mentales, el enfermo olvida sus dolencias, pues su atención se concentra sobre un objeto ajeno a él, facilita su curación.

La recreación lleva a un número ilimitado de actividades, diversiones, entretenimientos, pasatiempo. Se pueden clasificar en cuatro categorías:

³¹ Ibidem, p. c.108

1. *Juegos y deportes.* Esta categoría es la más común en la actualidad, comprende dos grupos: juegos que exigen esfuerzo mental y los que obligan un esfuerzo físico.
2. *Coleccionismo.* Proviene del instinto de propiedad y dominio de la especie humana. Los objetos que se coleccionan pueden tener valor estético, simbólico o económico, pues la variedad existente es inmensa.
3. *Construcción.* Esta actividad responde a un instinto creador: se construye, se diseñan cosas; en el proceso se utilizan diversos materiales. Se incluyen actividades como la pintura, la costura, la cocina, etc.
4. *Estudio.* Este pasatiempo se adapta a las inquietudes de las personas que realizan actividades desprovistas de esfuerzos intelectuales y pueden convertirse en su vocación, teniendo grandes satisfacciones.

La diversión busca romper con la monotonía realizando actividades diferentes a las cotidianas, pueden ser reales, ficticias o de proyección, ahí uno vive sensaciones, sentimientos y valores distintos.

Cuando la diversión o recreación ya no compensa el trabajo, sino, por el contrario se realiza como una actividad funcional, de carácter expresivo, se vuelve creación, pues el individuo refleja su personalidad en ella.

La creación consiste en realizar actividades libres que permitan la participación social en grupos, completar conocimientos afectivos e intelectuales, cultivar aptitudes, emplear diversas fuentes de información, que ayuden al ser humano incursionar en el arte, la filosofía, etc.

3.2.1. Juego

El juego se define como una actividad libre, separada, incierta, improductiva, reglamentada y/o ficticia, es decir, el jugador realiza una actividad voluntaria para pasar el tiempo y divertirse, sin tomar en cuenta si recibe un pago por ello o no. El juego puede expresar o reequilibrar la personalidad del hombre.

El juego es vital para la vida y el desarrollo del ser humano, de su inteligencia y afectividad, por lo que se manifiesta desde el nacimiento y en los primeros años es estrictamente funcional.

Los juegos funcionales están constituidos por movimientos simples, ayudan al niño a controlar de manera más variada y apropiada sus movimientos. Después se desarrollan los juegos de ficción, donde interviene una actividad más compleja, pues el niño utiliza su imaginación para transformar y dar otro uso a los objetos que lo rodean, e imita lo que realizan en su entorno.

Existen, además, los juegos de adquisición donde el niño mira, escucha, observa y comprende animales, personas, imágenes, canciones, cosas que lo absorben totalmente. Por último se encuentran los juegos de elaboración, en los cuales el niño modifica, transforma y crea objetos. Los juegos de adquisición y ficción forman parte de los juegos de elaboración.³²

³² cfr: Henry WALLON. *La evolución psicológica del niño*. México. Editorial Grijalbo, 1974. p. r 58.

Así las actividades lúdicas forman parte de la vida cotidiana del ser humano. Según Parten³³, las actividades lúdicas se pueden dividir en seis categorías:

- 1) *Actos sueltos, no relacionados*: el niño cambia de una actividad a otra, sin propósito aparente.
- 2) *Conducta observadora*: el niño observa a otros jugar, pero no juega con ellos aunque les hable.
- 3) *Juego solitario e independiente*: el niño juega solo, sin prestar atención a los demás niños y con juguetes distintos.
- 4) *Juego paralelo*: el niño juega solo, pero cerca de otros niños con juguetes parecidos.
- 5) *Juego asociativo*: el niño juega con otros niños, se prestan los juguetes, formando un grupo sin jerarquías.
- 6) *Juego cooperativo*: los niños se unen para conseguir una meta concreta (elaboración de un producto, representación de una situación o bien un juego formal), pero ya existe un líder que asigna tareas y roles, por consecuencia, los miembros tienen un sentido de pertenencia al grupo.

Estas categorías se pueden presentar en diferentes etapas del desarrollo del niño, por lo que no son exclusivas de una etapa. De lo anterior se puede deducir que el juego cumple varias funciones, desde el punto de vista físico permite descargar energías, perfecciona el desarrollo psicomotriz; en lo educativo, el niño adquiere conceptos que le ayudan a la diferenciación de objetos, materiales, etc.

³³ PARTEN citado en TORSTEN, HUSEN. *Enciclopedia Internacional de la Educación*. España. Editorial Vicens – Vives. Ministerio de Educación y Ciencia, 1991. p. r 3528 – 3529

Desde el punto de vista psicológico contribuye a la salud mental, sirve como terapia para expulsar las tensiones emocionales. En lo social ayuda al contacto social, al sentido de amistad y adquiere normas sociales. Además le ayuda a su independencia como individuo. El juego sirve como diagnóstico o terapia para detectar los problemas que tiene los niños, les ayuda cuando sufren alguna alteración.

El juego es un preejercicio para las futuras actividades de la vida adulta, obedece a una necesidad del ser humano de expresarse, proyectarse dentro del ambiente y fuera de él, obtiene satisfacción personal, seguridad y prestigio.

Los juegos tienen varias clasificaciones, de acuerdo a su origen, por las áreas de maduración y desarrollo, grado de socialización, finalidad, escolarización, edad a la cual están dirigidos, espacio físico que ocupan, etc. Para los propósitos de este trabajo tomaremos su clasificación acorde a la actividad desarrollada³⁴:

- 1) *Juegos de ejercicio físico*. Exigen un despliegue de energías físicas, entre estos se encuentran los deportes individuales y colectivos, ayudan a fortalecer el organismo, preservan la salud si son practicadas constantemente y sin exageración. Entre ellos se encuentran los juegos de fuerza, habilidad, carreras, persecuciones, escondite, saltos, etc.
- 2) *Juegos de fabricación*. Es una actividad de creación de objetos personalizados a partir de diversos materiales, ayudan al ser humano a dar salida a su instinto creador, desarrolla su capacidad de observación. Entre estos se encuentran la construcción de juguetes, objetos de imaginación o imitación, etc.

³⁴ Revista *Estudios y documentos de educación* No. 34 *El niño y el juego: Planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicas*. París. Editorial UNESCO, 1980. p. r 50.

- 3) *Juegos intelectuales.* Es ayudar a desarrollar habilidades y capacidades, como son: la lógica inductiva y deductiva, memoria, estrategia, pensamiento creativo,, concentración, análisis, atención, percepción, tomar decisiones, etc. Los juegos de este tipo son de control, memoria, lógica, mentales, cálculo, azar, etc.
- 4) *Juegos de representación de una situación social.* Reproducen e imita las experiencias significativas que acaba de vivir. Su imitación es selectiva, pues se refiere a las personas que tienen mayor influencia sobre él. Este tipo de juego se apoya en la improvisación y expresión espontánea del niño, lo ayuda a experimentar actitudes sin riesgo, que más adelante llevará a cabo en público. Entre estos juegos se encuentran los de pantomima, escenificación, etc.
- 5) *Juegos de ritmo y expresión vocal y gesticular.* Ayudan a desarrollar la coordinación del individuo, ya que requiere movimientos variados, entre ellos se encuentran los cantos, danzas, etc.
- 6) *Juegos mixtos.* Combinan las distintas actividades, quedando ensambladas en la expresión lúdica.

3.2.2. Manualidades

Las manualidades se consideran un tipo de juego, juegos de fabricación, pero, debido a la importancia que tienen en nuestro trabajo, las explicaremos por separado.

Se denomina manualidades “a toda pieza de hechura manual (manualidad) que pretenda alguna expresión de belleza o, con ese mismo sentido, cualquier

pieza a la que se le haya aplicado decoración”³⁵. Es una actividad sistemática y creativa del cerebro por medio de las manos, que se refleja en una obra de arte del individuo. Esta actividad ayuda a transformar el medio, relaciona en gran medida la capacidad mental de quien formula el proyecto con la destreza manual para realizarlo.

Las manualidades permiten el desenvolvimiento psicomotriz, al servicio de las aptitudes intelectuales y volitivas, desarrolla la destreza, imaginación, observación y creatividad, integrándola a la acción humana, que se expresa en una obra concreta.

Las manualidades se pueden llevar a cabo en grupos, así fomenta la “colaboración, a la ayuda mutua, a la contribución individual para una acción común, a una obra, en fin, de comunidad”³⁶, desarrollándose normalmente en su grupo.

En general, las manualidades dan gratificación a todas las personas y, a través de ellas, se expresa su creatividad, impregnando en su obra algo de ellos mismos, de su personalidad, de su sentir.

Las manualidades sirven al ser humano a desarrollarse en distintos aspectos: social, intelectual, físico, emocional o afectivo y estético. Al mismo tiempo, el individuo puede expresar libremente sus sentimientos, concepciones, aficiones, así como detectar aptitudes y desarrollarlas. Por otra parte, las manualidades les dan a las personas disminuidas, la oportunidad de expresarse de forma creativa, se desarrolla de modo natural una situación de aprendizaje, le

³⁵ Edward MATTIL. *El valor educativo de las manualidades*. Argentina. Editorial Kapelusz, 1974. p. c. 17

³⁶Vicente VALLS. *Metodología de las actividades manuales*. 2ª. edición Buenos Aires. Editorial Losada, 1952. p. c 107

ofrece la posibilidad de plasmar su mundo interno, sus sueños, su fantasía e imaginación, así mismo le permite explorar nuevas estructuras mentales.

A los niños hospitalizados les ayuda a ampliar sus experiencias, debido a que se ven privados en mayor o menor medida de experiencias normales, les aumenta la confianza, desarrollan actividades motoras y de autocontrol. Para lograr dichos fines, las actividades no deben ser monótonas, por el contrario deben ser interesantes y variadas. Los trabajos manuales utilizan diversos materiales, acorde con la técnica a realizar. Algunos de estos materiales se aprecian en el siguiente cuadro.

| TÉCNICAS | MATERIALES |
|------------------|---|
| Collage | Papel, tela, hilos, materiales de desperdicio, etc. |
| Títeres | Bolsas de papel, cascarón, telas, etc. |
| Dibujo y pintura | Colores, gises, pinturas, papel, pintura, etc. |
| Trenzado | Tela, cuerda, rafia, papel, etc. |
| Modelado | Arcilla, cera, plastilina, miga de pan, papel maché, etc. |
| Construcciones | Papel, cartulina, corcho, plástico, madera, etc. |
| Talla | Madera, barro, yeso, etc. |
| Costura | Lana, hilos, agujas, etc. |
| Recortado | Papel, cartulina, fieltro, lana, etc. |
| Plegado | Papel de todo tipo. |
| Pegado | Papel, cartulina, fieltro, lana, etc. |

Lo importante es la manera como los niños se acercan a los materiales, como experimentan con ellos y los combinan. De esta manera surge la libertad de pensar en diferentes cosas, de sentir, de actuar, de expresar y de ser. Favorecen el crecimiento equilibrado y armónico de los niños.

3.3. Relación formativa - recreativa

La recreación cumple una función educativa y por tanto formativa, cuando toma en cuenta las necesidades de la persona y se adapta a ella. Además existe la participación voluntaria, creando así, un clima de cooperación en la organización y realización de los proyectos que responden a sus intereses y les da a elegir entre varias opciones, logrando la motivación de los individuos.

La recreación es educativa cuando se genera una gran carga afectiva por la relación entre el educador, las actividades y el educando, ya que “satisface sus necesidades más profundas: la necesidad de vivir, expresarse, crear, dominarse a sí mismo. Inconscientemente se van formando en el sentido social, la estabilidad de carácter y las ideas morales”³⁷, logrando una vida más armoniosa para el individuo.

La recreación es un medio para restablecer la voluntad y el valor de vivir, da a la persona libertad, adquiere un compromiso consigo misma y con las personas, encuentra un nuevo sentido a su tiempo, desarrolla su dimensión social, se forma desinteresadamente y participa voluntariamente con su capacidad creadora.

La recreación debe tener un contenido artístico y/o social, en una forma creadora. A través de ella el hombre desarrolla una acción, un lenguaje, dibujo, imaginación, conocimiento, sentimiento, expresión, voluntad, etc. Ello supone que

³¹ Ibidem.

el individuo mire, escuche, sienta, se exprese, contemple, cree, admire y deje obrar su fantasía.

En este sentido, la relación formativa – recreativa posee una función terapéutica. Sin embargo, para favorecer la profilaxis debe prevalecer un clima flexible, relajado y afectivo. La recreación se lleva a cabo a través del juego y las manualidades, fomenta y refuerza en el individuo una conducta social deseable que le brinda la oportunidad de formarse adecuadamente.

3.3.1. Valor educativo del juego y las manualidades

El juego es el mejor medio para que el niño pueda expresarse y ser comprendido por el adulto en el plano individual, en el cultural y social, inclusive cuando se produce falta del lenguaje verbal. “El juego constituye un verdadero sistema educativo espontáneo que funciona antes de la escuela y paralela a esta”³⁸, por lo que es un medio pedagógico natural y accesible a todos.

El juego responde a la adquisición de conocimientos y habilidades*, como:

- *Simple coordinación física*, es la práctica de la visualización espacial y coordinación mano – ojo ó pie – ojo.
- *Simple forma física*. Mejora la fuerza, rapidez y precisión de movimientos.
- *Coordinación física moderadamente compleja*. Actividades que requieren movimientos variados.
- *Coordinación física compleja*, juego que requiere múltiples actividades físicas.

³⁸ *Estudios y documentos de educación No. 34 El niño y el juego: Planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicas*. París. Editorial UNESCO, 1980. 21 p. c.

* cfr: H. TORSTEN. *Enciclopedia Internacional de Educación Vol. 6*. España. Editorial Vicens – Vives, 1991. Ministerio de Educación y Ciencia. 3530 – 3532 p. r.

- *Memoria.* Actividades que requieren recordar a corto o mediano plazo experiencias auditivas y visuales.
- *Creatividad.* Busca descubrir una nueva variación para una actividad, permite originalidad y libertad de expresión.
- *Habilidades de predicción.* Es la capacidad de estimar la realización de acciones futuras en una situación dada y los diversos factores que determinan tal posibilidad.
- *Habilidades de decepción,* es la habilidad para engañar a otras personas con la apariencia de planificar una acción , cuando en realidad se piensa otra.
- *Cooperación.* Se adecua el propio rol con el de otros para realizar o conseguir una meta común.
- *Conducta basada en reglas.* El individuo acepta las reglas de una actividad, las acata y acepta sus sanciones e interviene para modificarlas o cambiarlas.
- *Actitudes hacia el éxito y el fracaso.* El individuo adopta respuestas aceptadas socialmente ante el triunfo o el fracaso en una actividad competitiva
- *Identificación y empatía.* Es el imaginarse a uno mismo en la situación de otro.
- *Diligencia, autosacrificio y valentía.* Se desarrolla en los trabajos a largo plazo, donde el trabajo es duro, se renuncia a la gratificación inmediata y hay un riesgo.

Todas las habilidades anteriores se desarrollan a través de diversas actividades. Dentro de cada actividad se pueden desarrollar una o más habilidades. A

continuación se presentan actividades* que pueden desarrollar las habilidades ya mencionadas:

Actividades de percepción, es el contacto con el objeto, la vista, el oído, etc.

Actividades sensoriomotrices: correr, saltar, movimientos rítmicos, presión, lanzamientos, etc.

Actividades verbales: vocalización y todas las formas que expresen palabras, frases, etc.

Actividades donde interviene la afectividad: atracción, repulsión, identificación, representación de papeles y funciones escolares, familiares y sociales.

Actividades intelectuales: observación, descripción, comparación, etc.

Actividades de construcción o fabricación: moviliza su energía física, sus capacidades intelectuales y afectivas.

Actividades de expresión corporal y estética: coreografías, gimnasia, dibujo, teatro, música, modelado, collage, etc.

De lo anterior concluimos que el juego ayuda al desarrollo y maduración del niño, a su higiene física, toma de conciencia de su esquema corporal, además conoce sus límites, sus habilidades y busca expandirlas.

El juego y las manualidades proporcionan placer y satisfacen el instinto creativo de los individuos. Las manualidades promueven el desarrollo del ser humano en distintos aspectos*:

- *Creativo*, se aprecia la originalidad de sus ideas.
- *Social*, se manifiesta la aptitud y progresiva capacidad del niño para trabajar en cooperación con un grupo para lograr un fin común, en la apreciación de los sentimientos de los demás, mayor responsabilidad social.

* Las actividades que pueden desarrollar habilidades fueron tomadas del libro: *Estudios y documentos de educación No. 34 El niño y el juego: Planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicas*. París. Editorial UNESCO, 1980. 20 p. r.

* Este párrafo fue resumido del libro: MATTIL, E. *El valor educativo de las manualidades*. Argentina. Editorial Kapelusz, 1973. 27 p. r.

- *Físico*, Tiene progresos en el control motor y coordinación mente – vista – mano.
- *Emocional*, se manifiesta en la aptitud del niño para identificarse con su trabajo, expresar sentimientos o experiencias personales sin depender de estereotipos.
- *Estético*, se reconoce en la creciente sensibilidad para organizar ideas y sentimientos mediante materiales, formas, color, textura.

Las manualidades sirven como medio de comunicación, el individuo se expresa en sentidos diferentes: gestual, verbal, plástico, etc., experimenta sentimientos y emociones del medio que lo rodea.

Los juegos y las manualidades tienen dos aspectos: “uno individual que contribuye a perfeccionar los órganos sensoriales y motores y otro destinado a poner al sujeto en relación social”³⁹. Son importantes medios de interacción entre los compañeros, a medida que los niños juegan entre sí, tienen más oportunidad de aprender de las relaciones sociales.

Todos los tipos de juego son importantes para socializar al niño en crecimiento, a pesar de que los juegos de los niños pequeños incluyen pocas personas, carece de reglas coherentes y organizadas. Durante los juegos se producen negociaciones entre los compañeros.

Las negociaciones involucran habilidades sociales. Las sugerencias que los niños proponen durante sus negociaciones se relacionan con las situaciones sociales, observadas en su vida cotidiana o en la televisión. Además deben ser

³⁹ M. CASTELLANOS. *El juego y la educación en la terapéutica de subnormales*. México. Editorial Prensa Mexicana, 1983. 35 p. c.

capaces de comunicar sus ideas a otras personas, de tal manera que sus compañeros comprendan lo que desean comunicar.

Las negociaciones son experiencias para el desarrollo social del niño, pues presenta un conflicto que debe resolverse en diversas formas: antisociales o prosociales. Las primeras se manifiestan por agresiones verbales o físicas. Las prosociales se llevan a cabo por compromisos o elaboración de argumentos para persuadir a otro que acepten sus sugerencias.

3.3.2. El juego y las manualidades para el cardiópata

Como se mencionó en el capítulo II, el niño cardiópata se encuentra recluso en el hospital, por lapsos de tiempo que pueden ser cortos o largos, por lo cual está alejado y aislado de su entorno social. Tiene gran necesidad de comunicación, de ocupar el tiempo en actividades que le proporcionen gratificación y le ayuden a su estado psicosomático.

El enfermo tiene generalmente mucho tiempo libre. Ese tiempo puede ocuparse para formarse, divertirse, crear y sentirse libre, ya que los niños internos, con frecuencia, tienen problemas en su crecimiento y conducta, la falla no es necesariamente el internamiento como tal, sino la manera en que se trata a los niños en estas instituciones, se recibe poca atención individual y muy poco afecto. Es así como el juego y las manualidades le pueden proporcionar experiencias agradables y un clima relajado, flexible y afectivo, que le ayude a fomentar y reforzar su conducta social.

El juego ayuda al disminuido a desarrollar sus fuerzas físicas y mentales, aprender sobre la vida, expresar sus emociones que le ayuden a su adaptación. A través del juego se relaciona y descubre amigos, crece el conocimiento de sí mismo,

se da cuenta de sus habilidades y gustos, aumenta su confianza. Además, si el niño puede tomar parte en un juego que lo absorba y le fascine, su invalidez pierde importancia.

El juego le puede dar la oportunidad, al niño enfermo, de lograr éxitos, a través de los cuales se revalore, aumente su confianza. "El juego puede movilizar sus fuerzas físicas, mentales y emocionales, como no lo hace ninguna otra cosa"⁴⁰, de esta manera, el cardiópata encuentra en el juego una satisfacción y ayuda, por lo que es capaz de desarrollar*:

- *Creatividad.* Le permite elegir y realizar una actividad de su agrado y acorde a sus necesidades e intereses.
- *Normalidad.* No se debe de olvidar que el niño es una persona, pero sin olvidarse de sus deficiencias y/o limitaciones, para tenerlas en cuenta y brindarles la oportunidad de hacer una vida lo más parecida a los demás.
- *Independencia.* Las actividades les ayudan a ejercitar su libertad, independencia, adquieren mayor autonomía.
- *Aceptación.* Las actividades le brindan la oportunidad de aceptarse a sí mismo y ser aceptado por los demás.

Lo anterior implica la organización de trabajos que le permitan experimentar, explorar, tocar y discutir situaciones similares a las que experimentarían en un situación cotidiana, dentro de su entorno familiar y social.

⁴⁰ B. SPOCK. *El cuidado del niño lisiado.* México. Editorial Prensa Médica Mexicana, 1963. 206 p. c.

* El siguiente párrafo, de lo que el juego puede desarrollar en el cardiópata, fue tomado de : *Enciclopedia Temática de Educación Especial tomo II.* España. Editorial CEPE, 1986. 974 p. r.

IV. INVESTIGACIÓN DE CAMPO SOBRE EL NIÑO CARDIÓPATA

Los problemas educativos son diferentes, debido a que cada uno se presentan en situaciones, momentos, lugares y contextos diferentes, por lo que no se puede generalizar una solución para todos.

4.1. Fundamentación

El respaldo metodológico de la presente investigación está fundamentado en el enfoque cualitativo, ya que a través de éste se producen datos descriptivos para identificar o descubrir los significados de las acciones que realiza una unidad social (individuo, institución, grupo social, escuela, etc.).

Las características del enfoque cualitativo que fueron útiles para este trabajo son:

- a) el investigador estudia a la unidad social en su contexto, durante un largo plazo, al mismo tiempo que se vuelve participante de la labor cotidiana de la misma, por lo que hace una exploración profunda e intensiva para obtener datos;
- b) se realiza un registro cuidadoso de lo que sucede en el contexto y se revisan otro tipo de documentos relevantes para el proceso investigativo;
- c) y por último, se reflexiona sobre los registros de campo (significados inmediatos y locales de las individuos que participan en la investigación), se interpretan para elaborar categorías y conceptos, sin

perder su marco referencial, identificando los vínculos que existen entre ellos⁴¹.

Las investigaciones cualitativas buscan descubrir los significados de los objetos o acciones de una unidad social, para reinterpretarlos y proponer un cambio, transformar la situación actual y resolver el problema, además de que este enfoque siempre se enmarca dentro de lo social.

4.2. Método e instrumentos

Dentro del enfoque cualitativo se encuentran las investigaciones de corte descriptivo, que buscan “obtener información acerca del estado actual de los fenómenos”⁴² a través de las acciones, las palabras o relaciones que realizan o establecen los sujetos, para resolver los problemas o tomar decisiones.

Esta investigación no se limita a la recopilación de datos, descubre las relaciones que existen entre las diferentes categorías que establece el investigador, para poderlas analizar e interpretar.

La investigación descriptiva sirve para buscar información, que le ayude al investigador a tomar una decisión, de tal modo, que nosotras la utilizamos para obtener información acerca de los niños cardiópatas hospitalizados y así elaborar un programa formativo - recreativo para éstos.

Existen diversos tipos de estudio descriptivos, de los cuales, el más pertinente para nuestro trabajo es el estudio de caso, ya que pretende resolver un

⁴¹ S. J. BODGAN. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México. Editorial Paidós, 1990

⁴² Donald ARY. *Introducción a la Investigación Pedagógica*. México. Editorial Mc. Graw Hill, 1989. p.c. 308

problema real y concreto: la situación en que se encuentran los niños cardiopatas hospitalizados del INC, sin ánimo de realizar generalizaciones con pretensiones teóricas. Nuestro objetivo consiste en promover el desarrollo de la socialización y la cooperación, recuperando el aspecto afectivo en los niños, para una rápida adaptación al medio hospitalario, para llevarlo a cabo dentro de la “escuelita”, que se encuentra en el servicio de cardiología pediátrica, a través del programa formativo - recreativo que se elaba para esta tesis.

El estudio de caso tiene las características de ser intensivo, abarca un lapso de tiempo considerable para realizar el estudio, analiza una unidad social, que en esta ocasión es un grupo de una institución (los niños cardiopatas hospitalizados del INC), “para ello recoge información acerca de la situación existente en el momento que realiza su tarea, las experiencias y condiciones pasadas y las variables ambientales que ayudan a determinar las características específicas del grupo”⁴³.

A través del estudio de caso se hace un análisis del grupo en determinado ciclo de vida (lapso que dura la hospitalización de los niños), para diagnosticar una situación particular y crear medidas que den una solución, toma en cuenta el marco de referencia social de cada niño, es decir, sus características propias, lugar de origen, familia, cultura, lengua, costumbres, etc.

El estudio de caso utiliza una considerable cantidad de información que obtiene de las personas, grupos y hechos con los cuales, la unidad social, entra en contacto y mantiene relaciones, por lo que la unidad social interactúa con diversos factores ambientales que influyen en sus acciones.

⁴³ D. B. VAN DALEN. *Manual de técnicas de la investigación educacional*. México. Editorial Paidós, 1988. p. c..242

Los datos del estudio de caso provienen de diversas fuentes, como son: entrevistas, cuestionarios, observación participante y no participante, diario de campo, documentos personales (expedientes).

El primer documento que utilizamos para conocer a los enfermos, fue su expediente, considerado como un documento personal, que nos fue proporcionado por el instituto, como menciona Bodgan, “los documentos personales aguardan que alguien los encuentre, el investigador siempre tendrá que buscarlos”⁴⁴.

De la lectura de los expedientes, detectamos que los internos tienen características específicas. Tomamos especialmente en cuenta el estudio socioeconómico y el diagnóstico de las enfermedades que presentan.

La segunda técnica que utilizamos la observación participante porque estuvimos inmersas en las experiencias de los niños, por el rol de docentes que desempeñamos, con lo que fue posible la observación desde la menor distancia posible, reduciendo la resistencia de las personas a investigar. Así analizamos, interpretamos y comprendimos las reacciones, intenciones y motivaciones de todos los que participan.

La observación participante se utiliza para saber que está ocurriendo en un lugar en particular, conocer los significados que dan los actores a los sucesos y que participan en la investigación, para conocer la causalidad natural de los hechos y para identificar los posibles lazos entre ellos.

La observación participante se apoya en el diario de campo, de tal manera que “se refleja el punto de vista del autor sobre los procesos más significativos en

⁴⁴ S. J. BODGAN. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. p. c. 141

la dinámica en la que se encuentra inmerso”⁴⁵. Además sirve para reflexionar sobre la práctica y contrastarla con la teoría, para detectar una situación problemática, sin perder el contexto.

También utilizamos la observación no participante, donde no interactuamos con los niños, pues solo observamos situaciones de interés, sin llegar a influirlas. Este tipo de observación, la utilizamos para saber como se relacionaban los niños con sus familiares, la auxiliar educadora, enfermeras, médicos y entre ellos.

Se entrevistaron a la auxiliar educadora y a los niños en especial, ya que teníamos un contacto más cercano con ellos. La entrevista que se realizó a la profesora fue de corte cualitativo y a profundidad, de manera que fue flexible y dinámica para obtener datos de la labor que ella ejerce dentro de la “escuelita”, entendiéndola como “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes ... dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”⁴⁶.

A los niños se les hicieron entrevistas semiestructuradas para que hablaran sobre distintos aspectos de un tema y poder ahondar en éste, en tanto la entrevista es entendida “como un contacto interpersonal que tiene por objeto el acopio de testimonios orales”⁴⁷, ayudando a entender los significados que tienen para ellos los fenómenos que acontecen dentro del hospital y los involucran. A sí mismo se realizó una entrevista no directiva y en profundidad con un grupo de niñas, para adquirir conocimientos sobre la vida que llevan dentro del centro hospitalario,

⁴⁵ Rafael PORLÁN. *El diario del profesor. Un recurso para la investigación en el aula* Editorial Díada, 1993. p. c. 19

⁴⁶ S. J. BODGAN. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* p. c. 101

⁴⁷ Ario GARZA. *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de Ciencias Sociales.* México. Editorial COLMEX, 1996. p. c.226

darles más confianza y seguridad al ser entrevistadas, pues se encontraban en compañía de sus amigas.

Otra técnica aplicada fueron los cuestionarios, son formularios de preguntas escritas que se dan al encuestado. Éstos se aplicaron a los padres de familia, enfermeras y doctores. Los cuestionarios fueron elaborados con preguntas abiertas, de tal forma que sean más flexibles, así mismo ayuda al encuestado a expresar sus ideas “con sus propias palabras, con libertad para estructurar la respuesta según le parezca conveniente y hablar todo lo que desee”⁴⁸, proporcionando mayor información para el investigador.

Para la aplicación de un cuestionario es necesario hacer antes un piloteo, el cual consiste en aplicar el cuestionario a una muestra al azar o seleccionada por el investigador, a través de las respuestas que arrojen, se podrá dar cuenta si las preguntas fueron elaboradas correctamente, son comprendidas, arrojan los datos necesarios, se agregan o suprimen preguntas, las instrucciones son claras, es decir, el piloteo nos sirve para hacer correcciones o modificaciones al cuestionario, de ser necesarias.

Las técnicas anteriores servirán para elaborar el diagnóstico pedagógico, el cual nos servirá para contextualizar el problema, analizar su origen y desarrollo, así como los aspectos positivos y negativos del mismo, es decir, conocer la situación en profundidad. El diagnóstico se considera como pedagógico “porque examina la problemática ... en sus diversas dimensiones, a fin de procurar de manera integral, en su complejidad, conforme se está dando”⁴⁹.

⁴⁸ L. FESTINGER. *Los métodos de investigación en las Ciencias Sociales*. México. Editorial Paidós, 1989. p. c. 330

⁴⁹ M. D. ARIAS O. “*El diagnóstico pedagógico*” en: *Contexto y valoración de la práctica docente. Antología Básica*. México. Editorial SEP – UPN, 1995. p. c.41

4.3. Diseño y aplicación de los instrumentos

Las técnicas se diseñaron y aplicaron con el objetivo de lograr mayor información sobre las características y necesidades de los niños cardiópatas hospitalizados. Las técnicas aplicadas fueron análisis de documentos personales (expedientes), entrevista y cuestionarios.

Al entrar en el campo, hicimos una revisión de los expedientes de cada uno de los niños que en su momento se encontraban hospitalizados, para conocer características como: lugar de procedencia, estructura familiar, edad, nivel escolar, tipo de enfermedad cardiovascular que padecían, historial clínico, fecha de ingreso, hospitalizaciones anteriores, etc.

Este tipo de información la utilizamos para conocer el contexto de donde el niño provenía y poder hacerle preguntas que ayudaran a una mejor comunicación, un acercamiento más rápido y ganar su confianza. A través de esta información podíamos explicarnos él porque de la manera de actuar de los niños y las diversas formas de relacionarse con los demás. La revisión de los expedientes se hizo continuamente, ya que por su estado de salud, ingresaban y egresaban pacientes. Dicha revisión se llevó paralelamente con la observación participante.

La observación participante la realizamos en el INC Ignacio Chávez, en el sexto piso de cardiología pediátrica, en el área de la “escuelita”, de lunes a viernes, de 16:00 a 20:00 hrs., durante seis meses de prestación de servicio social. Se registraron las actividades de dos meses, debido a que los primeros meses los utilizamos para integrarnos al campo y establecer el rapport con enfermeras, médicos, niños y familiares, además de que se presentaron otras actividades dentro del instituto, a las cuales asistimos con los niños.

Las actividades realizadas fueron juegos, manualidades, dinámicas de grupo, con el objetivo de promover la socialización y la cooperación entre los niños hospitalizados, adecuándolas a las posibilidades bio - psico- sociales. Estas intervenciones dentro de la “escuelita” nos sirvieron para saber las inquietudes que los niños tenían y nos hacían saber a través de pláticas informales y dentro de las dinámicas; así mismo detectamos las actividades que les agradaban o disgustaban y eran adecuadas al objetivo que queríamos lograr.

El registro de actividades se elaboró con el diario de campo, este contenía: nombre de la actividad, objetivo que se quería lograr, lista del material necesario, instrucciones para realizarla, observaciones mientras era llevada a cabo dicha actividad, una valoración de la anterior y la duración de ésta. La observación y valoración de la actividad nos sirvieron para saber si se cumplía el objetivo, así como el significado que le daban los niños a la actividad realizada, si les gustaba o les parecía aburrido. También llevamos un control con los nombres de los enfermos y de los que asistían a la “escuelita” cada día.

Dentro de las horas que permanecíamos en el instituto, cincuenta minutos coincidían con la visita de los familiares, por lo cual tuvimos la oportunidad de establecer pláticas informales con los padres o familiares de los infantes, que nos sirvió para obtener información de los cambios de conducta que mostraba el niño al estar dentro del hospital, identificar la manera de relacionarse con sus familiares.

Otra función que cumplió la observación participante fue detectar las relaciones que establecían los niños con las enfermeras, médicos y entre ellos mismos: percibir el ambiente dentro del servicio de cardiopediatría. Para llevar a cabo la observación participante contamos con la disponibilidad de todo el personal que labora en el servicio del turno vespertino, de igual manera con los padres o familiares y niños hospitalizados.

Los cuestionarios se aplicaron a los médicos, enfermeras y familiares de los niños y se presentan en los anexos 1,2 y 3. El cuestionario se aplicó a los médicos con el objetivo de obtener información sobre las características físicas y emocionales que presenta el niño cardiópata hospitalizado en comparación con un niño normal, que peculiaridades se toman en cuenta para el proceso de hospitalización y/o cirugía y la relación que establecen con sus pacientes.

El piloteo del cuestionario se realizó con un médico residente, para detectar si las respuestas obtenidas arrojaban los datos necesarios para la investigación, saber si las preguntas estaban bien estructuradas o si hacían falta preguntas, después de esto, al cuestionario se le agregaron dos preguntas y se especificó que era para el área de escolares. El cuestionario contenía catorce preguntas abiertas para obtener mayor información posible, se entregó a dos médicos adjuntos y cuatro residentes, de los cuales, sólo contestaron y devolvieron tres residentes.

En un principio el cuestionario se diseñó exclusivamente para los médicos adjuntos, ya que éstos son los que permanentemente están dentro del servicio y son los responsables directos de los internos; pero como no se tuvo la disponibilidad, ni su ayuda, sugirieron se les entregara a los médicos residentes, por lo que se le entregaron a dichos residentes. Con lo cual pudimos constatar que fue mejor entregárselos a ellos, debido a que conviven más con los niños, pues realizan guardias diurnas y nocturnas, a pesar de que sólo permanecen un par de meses en el servicio de cardiología pediátrica.

La información obtenida de los cuatro cuestionarios (tomando en cuenta el cuestionario piloteado) fue significativa, en tanto obtuvimos las respuestas esperadas y las inquietudes que tienen los médicos con respecto al proceso de cirugía y/u hospitalización.

La disponibilidad de los médicos adjuntos fue nula porque éstos no recibieron el cuestionario y los dos que lo recibieron, no lo devolvieron. No obstante, los médicos residentes tuvieron la atención y disponibilidad de recibir, contestar y devolver los cuestionarios, sólo uno de ellos no pudo comunicarse con las autoras, por lo cual no obtuvimos el cuestionario.

El cuestionario aplicado a las enfermeras fue de preguntas abiertas, constó de dos partes: la primera, referente a la “escuelita” y contenía doce preguntas, para tener información sobre los antecedentes de ésta, su finalidad y objetivos, las necesidades o deficiencias que tiene. La segunda, referente a los niños cardiópatas hospitalizados; constó de once preguntas, en las cuales se solicitaba información sobre los criterios de hospitalización, sus características, así como su conducta en el centro hospitalario.

El piloteo del cuestionario se llevó a cabo con una enfermera general del turno vespertino, que laboraba en el servicio desde tres años atrás, de lo cual, anexamos en la primera parte cinco preguntas y en la segunda, una. En la primera versión el cuestionario contenía siete preguntas en la primera sección y diez en la segunda.

El cuestionario se aplicó en los turnos matutino y vespertino, omitimos al turno nocturno pues no tenía una gran relación con los niños por las condiciones del horario. Seleccionamos a las enfermeras (generales y auxiliares) que tenían más de un año laborando en el servicio y que estuvieron en el área de escolares.

En el turno matutino entregamos siete cuestionarios, de los cuales devolvieron cuatro. En el turno vespertino entregamos ocho y devolvieron cuatro. Los cuestionarios tenían fecha de entrega, se les dio una semana para contestarlos, pero los entregaron días después de la fecha convenida. La información que obtuvimos fue significativa, logrando las respuestas necesarias.

La disponibilidad por parte de las enfermeras dependió de su personalidad y del turno en que laboran. Debido a que convivíamos más con el personal de la tarde, las enfermeras no presentaron resistencia para contestar el formulario y las que no lo devolvieron fue porque tenían licencia médica.

En el turno matutino hubo cierta resistencia, porque la mayoría de las enfermeras no nos conocían y sentían desconfianza y temor de cómo se utilizarían los datos proporcionados, a pesar de que se les proporcionó una explicación de la confidencialidad de la información. Utilizaron pretextos para no devolver los cuestionarios. Se les había extraviado, olvidado, robado, que no habían tenido tiempo de contestarlo y se les diera más tiempo, se los entregaban contestados a otras personas.

El cuestionario aplicado a los padres de familia contenía diez y siete preguntas abiertas, con el objetivo de tener información sobre los efectos de la enfermedad en el desarrollo bio - psico - social del niño, los efectos de la hospitalización y la opinión que tienen del hospital y la "escuelita". Entregamos trece cuestionarios a los padres o familiares que en ese momento tenían a un niño hospitalizado, los trece formularios fueron contestados y devueltos.

La información se obtuvo de pacientes que tienen edades entre cuatro y diecisiete años, proviene de diferentes lugares de la República Mexicana, diferentes niveles culturales y escolares.

Las entrevistas las realizamos a los niños y a la educadora, por tener una relación más cercana con ellos, a todos se les explicó el motivo de ésta. La entrevista con la educadora fue a profundidad, partiendo de un guión que contaba con cinco temas a tratar. La entrevista duró una hora aproximadamente y la

realizamos dentro de la “escuelita”. A pesar de que ya habíamos realizado el rapport con la educadora, estaba muy nerviosa debido a que su voz sería grabada, pidió continuamente que se parara la grabación, para pensar las respuestas o rectificar las mismas.

La entrevista con la auxiliar educadora la realizamos mientras los niños se bañaban, para no tener ninguna interrupción, pero no fue posible, pues se produjo una breve interrupción por parte de una enfermera. Cuando estábamos por terminar la entrevista, entro una niña de diez y seis años e intervino en la entrevista, dio las respuestas de las últimas preguntas, desde su punto de vista. La educadora contestó todas las preguntas que le hicimos de manera amable, aún con lo nerviosa que estaba, tuvo una actitud positiva y cooperadora.

La entrevista grupal la realizamos en uno de los dormitorios de las niñas, con cuatro de ellas, sus edades son: “M” y “D” de diecisiete, “G” de dieciséis y “MI” de quince, tuvo una duración de una hora aproximadamente; como interactuamos diariamente con ellas había cierta confianza entre nosotras, pero la grabadora influyó para que se sintieran un poco nerviosas y en especial “MI” de quince años, que a la mitad de la entrevista salió con un pretexto y no regresó.

De las cuatro niñas entrevistadas, “M” de diecisiete años fue la que mejor expresó sus ideas y sentimientos, las demás siempre confirmaban con respuestas breves lo que la niña ya había expresado. A pesar que la entrevista se realizó lo más privada posible, siempre fue interrumpida por el personal de enfermería que les proporcionan los medicamentos o les revisan el funcionamiento de sus aparatos (bombas, monitores, oxigenador, etc.), con lo que algunas de sus ideas perdían la secuencia que llevaban y contestaban de manera breve, en ocasiones olvidaban la pregunta a la cual estaban contestando.

Las niñas siempre dieron las respuestas que creían las más convenientes y verdaderas, en especial “M” de diecisiete. Su carácter y tiempo dentro del hospital influyó en las respuestas que dieron, un ejemplo de ello: la niña que se salió era muy tímida y retraída, las otras no tanto. “M” y “D” de diecisiete años tenían mes y medio hospitalizadas y “MI” y “G”, dos semanas aproximadamente, por lo cual había más confianza con las dos enfermas de mayor edad.

Se intentó llevar a cabo otra entrevista grupal dentro de la escuelita, con niñas y niños entre seis y diez años, pero no fue posible por su carácter y edad, no llevaban una secuencia en las respuestas que daban, interrumpían las preguntas y las respuestas de otros, lo que ocasionaba alteración entre ellos y riñas entre dos niñas. En este caso, la grabadora no les ocasionó molestia, sino, por el contrario, los motivo porque querían escucharse continuamente, después de dar su respuesta, interrumpiendo la secuencia de preguntas. Por todo lo anterior, la entrevista la realizamos individualmente.

Se realizaron dos entrevistas individuales, a una niña de siete años y otra a una de diez años. Tuvieron una actitud positiva y colaboradora, la grabadora no les ocasionó molestia, por el contrario, solo quisieron escucharse al terminar la entrevista. Estas entrevistas duraron veinte minutos aproximadamente, pues debido a su edad se inquietaban rápidamente.

Además llevamos a cabo entrevistas individuales con tres niños “JM” de trece, “LG” diecisiete y “W” quince años de edad, las cuales tuvieron una duración de veinte a treinta minutos, puesto que dos de ellos se encontraban en reposo, “W” por convalecencia post - operatoria y “JM” por cateterismo, por lo cual, las entrevistas las realizamos en sus habitaciones.

Al comenzar las entrevistas las tomaron a broma, pero al ir avanzando se comportaron con mayor seriedad. No se mostraron nerviosos al entrevistarlos, lo único que solicitaron: fue escucharse después de terminar la entrevista y saber para que se utilizaría. Las entrevistas del turno vespertino, no tuvieron tantas interrupciones como en las anteriores. Para tener un mayor conocimiento de las entrevistas que realizamos, se presentan los guiones en los anexos 4 y 5.

Las entrevistas se aplicaron al término del servicio social, en ese momento, ya se encontraban trabajando con los niños otras prestadoras de servicio social.

4.4. Sistematización de los datos

A continuación se presenta el proceso seguido para sistematizar los datos, analizar e interpretar. De los resultados, se desprende la información del diagnóstico pedagógico que sirvió para la elaboración del programa formativo recreativo para niños cardiópatas hospitalizados.

En este trabajo se entiende la sistematización como “un proceso a través del cual se recupera lo que los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla, produciéndose así un nuevo tipo de conocimiento”⁵⁰ para la solución de una situación problemática detectada, de modo que la sistematización tiene dos componentes básicos, uno es el proceso mismo y otro el producto a que se llega con este.

Toda sistematización parte de la práctica. Se reflexiona, confronta y cuestiona la realidad, de manera que enriquezca la teoría, transformándose ambas. Dicha sistematización parte de los objetivos de la investigación que la orientan y le dan sentido. Reconstruye la práctica espacio – temporal, identifica sus elementos, las clasifica y ordena para objetivar lo vivido, convirtiendo a la “experiencia en objeto de estudio e interpretación teórica, así como en objeto de transformación”⁵¹.

La sistematización la concretamos por medio de la triangulación de métodos que consiste en “la combinación de metodologías en el estudio de un mismo fenómeno ... como proceso que posibilita la contemplación reflexiva de la realidad desde tres vértices diferenciados”⁵²: el diario de campo, las entrevistas y los cuestionarios, con ellos contrastamos los puntos de vista de los actores que intervinieron en el proceso.

⁵⁰ SANTIBÁNEZ, E. *Manual para la sistematización de proyectos educativos de acción social*. México, 1993. Editorial CIDE. 9p.c.

⁵¹ JARA, Oscar. *Tres posibilidades de sistematización*. Pátzcuaro, CREFAL, 1985 13 p.c.

⁵² SANTOS, Miguel A. “El tratamiento de los datos” en *Hacer visible lo cotidiano*. Madrid. Editorial Akal, 1990.116 p.c.

El primer paso para llevar a cabo la sistematización: es el análisis, el cual se encarga de separar y distinguir las partes de un todo para conocer y comprender sus relaciones, “a partir de haber reconstruido el qué hacen, cómo se sitúan en el mundo las personas actuantes en la práctica, cómo justifican su propia existencia, a partir de haber representado sus ideas y concepciones, en un espacio - tiempo delimitado por cierto modo de producción, con sus relaciones sociales correspondientes, en una situación de clase determinada”⁵³, así que se extrae el significado de diversos datos que provienen de varias fuentes.

El tratamiento de los datos se hará por medio de un análisis comprensivo de los mismos, estableciendo categorías de codificación, como lo proponen Bodgan y Taylor, para lograr el significado de lo que sucede y por que sucede .

Las categorías son conceptos que surgen de los datos y los criterios del observador. El número de categorías que se establecen en una investigación siempre depende de los datos recogidos y del análisis al que se quiera llegar. Para nuestro trabajo se elaboraron tres categorías: socialización (adaptación y cooperación), hospitalización y centro de reunión social y recreativo (funcionamiento y desempeño profesional).

Posteriormente se crearon subcategorías que denotan las relaciones interpersonales (empatía, afectividad, relaciones familiares, comunicación, historias personales) de los niños con el personal sanitario, familiares, educadoras, pedagogas, psicólogas y entre sí, de esta manera clasificamos los datos obtenidos del diario de campo, cuestionarios y entrevistas.

⁵³ GAGNETEN, Ma. Mercedes. *Hacia una metodología de sistematización de la práctica*. Buenos Aires. Editorial Humanitas, 1987. 78 p.c.

Es importante señalar que nos fue imposible, por la naturaleza propia de la población, mantener un número estable de sujetos, así como tener un número estable de sujetos que atender, por lo cual nos es imposible expresar en gráficas los resultados observados sino las actividades, aptitudes y significados constantes del grupo en cuestión.

Centro de reunión social y recreativo

Al analizar la información que obtuvimos con respecto a los objetivos de la “escuelita” concluimos que el personal de enfermería tiene claros los propósitos y funciones de ésta, además son pertinentes para llevar a cabo con el grupo de niños que están recluidos. La necesidad que intenta cubrir este centro recreativo para la mayoría de las 11 enfermeras, es recreativa y lúdica, aunque una de ellas tiene una visión más profunda ya que incluye convivencia en grupo, comunicación, solidaridad, hábitos de orden y limpieza, problemas de conocimiento, adaptación, nivel cultural de los niños.

Así mismo el sentido de la escolita se enfoca para 8 de ellas en mantener ocupados a los niños, hacerles menos estresante la estancia y distraerlos,, otras 2 lo identifican como el espacio que ayuda a los niños y adolescentes a desarrollar actividades que permitan una mejor adaptación y socialización a los niños.

Por otra parte, de los 13 cuestionarios aplicados a los familiares, el tercero de estos fue contestado por una mamá que es profesional de la educación especial, ella considera que hace falta definir más los objetivos que se pueden alcanzar (áreas sociales, aprendizaje y/o emocionales), hacer un perfil de cada niño, tener mayor atención hacia los niños que tienen problemas de adaptación, incluir actividades que fortalezca el autoestima, liberación de angustia (terapia del juego, musicoterapia, técnicas de integración social), esta opinión se debe, como ella lo menciona, a la experiencia con su hijo que padece problemas de lenguaje y comunicación.

Sin embargo, la auxiliar educadora no tiene claro los objetivos que quiere cubrir, pues a ella solo se le informó que tenía que mantener distraídos a los niños, sin obligarlos a nada para que no intervengan en las labores del personal sanitario.

Es por ello que las actividades que se llevan a cabo no tenían un fin educativo o formativo predeterminado que les permitiera a los infantes adaptarse al centro hospitalario. De ahí que las actividades que se realizan son precarias y existen varias necesidades dentro de este espacio, como son:

- La falta de planes y programas que sirvan para el desarrollo de diferentes áreas de maduración de los niños, es decir, programas para llevar a cabo diferentes talleres que estimulen y favorezcan las áreas sociales (adaptación, socialización, comunicación), las emocionales (autoestima y liberación de angustia), las escolares (alfabetización y apoyo escolar). La auxiliar educadora menciona que los programas no sirven para este espacio, pues intento llevar a cabo uno que ella elaboró y sólo cubrió un 25%. Su programa incluía actividades de recortado, pegado, , dibujo, boleado, rasgado. Opina que su programa no se realizó por que no se trabaja siempre con los mismos niños, las diversas sociedades y culturas que tiene cada uno, además la falta de material, apoyo por parte de la institución y la falta de comunicación con los jefes del servicio. También dos enfermeras consideran la necesidad de planes y programas de clase de acuerdo a la edad del niño.
- La falta de material didáctico, pues la institución no destina presupuesto a esta área escolar que se mantiene por medio de donaciones, lo que conlleva a que las actividades sean monótonas, repetitivas, aburridas y desalentadoras, por eso en ocasiones los infantes prefieren no asistir. Esto lo ratifica una enfermera que tiene un cargo superior a las demás, al mencionar que la situación económica del instituto a recortado varios gastos por lo cual es difícil mencionar algo para este espacio. Otras cinco

consideran la falta de material didáctico, al igual que la auxiliar educadora, pues los materiales que tienen son obsoletos.

- En lo que se refiere a la competencia profesional, carece del personal para el turno vespertino, fines de semana y días festivos, excepto cuando hay prestadores de servicio social. Esto lo menciona la auxiliar educadora, enfermeras del turno vespertino y el paciente "M" pues los fines de semana no hay "escuelita" y se les hace el día eterno, además en el turno vespertino solo se tiene el apoyo ocasional de prestadores de servicio social y se necesita el apoyo permanente de personal que atienda este espacio.

Por otro lado la persona que labora en el turno matutino no está debidamente calificada para encargarse de este espacio, lo que genera apatía en los niños. No tiene los conocimientos suficientes que le brinden la oportunidad de comprender y acercarse a los niños, por lo que no posee una motivación y control del grupo, y reconoce que desvirtúa su papel al laborar ocasionalmente como auxiliar de enfermería. Esto fue señalado por el personal de enfermería en los cuestionarios.

No obstante debemos mencionar que la "escuelita" ha tenido algunos logros dentro de sus funciones. Lleva a cabo actividades que ayudan a los niños a mantenerse menos estresados en su estancia, de modo que el tiempo les pasa más rápido, con menos aburrimiento. Esto es señalado por 12 de los familiares que contestaron el cuestionario, además de que una de ellas puntualiza que este servicio no existe en otros nosocomios. Las enfermeras del servicio vespertino mencionan que mejoró cuando hubo personas con los niños por las tardes

Los niños señalan que el servicio que se proporciona en la "escuelita" es bueno o malo según el personal, esta diferenciación salió a relucir en las entrevistas con los niños y cuestionarios de las enfermeras, debido a que tuvieron la

oportunidad de comparar el trabajo de la auxiliar educadora con el de otras prestadoras de servicio social y con el de nosotras.

La convivencia entre la educadora y los niños depende de los últimos, pues si ellos la buscan ella les brinda su apoyo, pláticas y actividades pero de no ser así, la educadora no se esfuerza por buscar un vínculo entre ellos, por lo que la relación entre los pacientes y la educadora es ambigua. Por tanto se establece principalmente con los niños más pequeños porque sus actividades son más atractivas para ellos y con los más grandes platica si ellos lo desean.

A diferencia de esta relación, nosotras dejábamos que estuviera solo, si así lo deseaba, durante el primer día de internamiento. Al siguiente día nos acercábamos a los niños aunque ellos no tuvieran interés en platicar con nadie, para ello leíamos previamente su expediente y a partir de ello empezábamos a hacerle preguntas relacionadas con su entorno. A la hora de la cena, cuando todos estaban juntos intentábamos integrarlo al grupo a través de una plática informal con sus compañeros, si se resistía a estar después de la cena en la “escuelita”, entonces le poníamos como condición para poder irse a su cuarto, que resolviera un rompecabezas (aparentemente sencillo, pero en realidad complicado), por el aspecto aceptaban inmediatamente pues decían que sería muy fácil, al pasar una media hora comenzaban a desesperarse y como sabían que no se podían ir, pedían ayuda a sus compañeros o cambiaban de actividad acercándose a otros niños. De esta manera se empezaba a relacionar con sus compañeros sin darse cuenta.

Diariamente realizábamos actividades diferentes, si eran grupales todos los niños tenían que participar y se les asignaba una actividad dependiendo de su edad. En las actividades individuales, los mayores apoyaban a los más pequeños. Cuando realizábamos juegos (de mesa, concursos, dinámicas) formábamos equipos equilibrados, es decir, de todas las edades y todos participaban. Los niños que se

encontraban en su cama (recién operados, cateterismo, reposo, tratamiento) les proporcionábamos material para realizar la actividad que elaboraban sus compañeros en el aula o si no una que a ellos les agradara. Además, si era posible, organizábamos una visita por parte de todos sus compañeros.

También identificábamos a los niños más sociables y/o que ya tenían más tiempo hospitalizados para atraer a los más tímidos. En ocasiones, había niños que no querían trabajar a los que invitábamos a platicar, posteriormente se integraban a la actividad o enseñaban una diferente a sus compañeros. Muchas veces regalaban sus actividades a otros compañeros. Los niños nos pedían material para trabajar el fin de semana. Con nuestro trabajo se apoyaba al personal de enfermería, pues no tenían que buscarlos por todo el servicio para proporcionarles sus medicamentos o curaciones, trabajaban con más libertad y seguridad, sabían que los niños estaban supervisados

Socialización y hospitalización

Como se mencionó en el capítulo anterior, el concepto de socialización no solo engloba la adaptación de una persona a un lugar determinado, también significa el modo de relacionarse entre los individuos, o sea, interviene la comunicación, la interacción, la convivencia, la cooperación y las relaciones que se establecen.

A partir de estos subconceptos se analizó la información arrojada por los distintos instrumentos, de la cual inferimos que varios actores influyen en la adaptación del paciente al medio hospitalario. Son los siguientes:

- *Hospitalización imprevista.* Debido a que los pacientes tienen consultas periódicas, visitan continuamente el hospital en el área de consulta externa, si en algunas de estas consultas presentan una sintomatología que ponga en riesgo su sistema cardiovascular es inmediatamente hospitalizado. Sin embargo, existe otra causa de hospitalización

imprevista para los niños, ya que los padres han sido informados con anterioridad sobre la hospitalización y por temor a las reacciones de sus hijos, los llevan y los hospitalizan con engaños, ocasionando trastornos en la conducta y la autoestima del niño. De los familiares encuestados, diez contestaron que si platicaron con sus hijos sobre la hospitalización, dos que no y uno que la pregunta era incoherente.

- *Miedo a la hospitalización.* El niño siempre tiene temor a la hospitalización, conozca o no de ella, pero se acentúa más en los pacientes que son llevados con engaños, ya que piensan que el motivo de su hospitalización responde a una enfermedad incurable, a su posible muerte o a un castigo. Este miedo lo reflejan en su modo de relacionarse con el personal sanitario, con su familia y con otros pacientes a través de actitudes de rechazo, aislamiento, falta de apetito, egocentrismo, cambios repentinos de ánimo, etc. Les causa gran impacto sacarlos de su medio ambiente, dormir en un lugar extraño, convivir con personas ajenas a su familia. De los niños entrevistados cinco comentan que es feo estar hospitalizado, uno de ellos menciona que ingreso en mal estado por lo que no sintió nada, pero que es espantoso con el tiempo; otro menciona que no se le avisó, pues solo le dijeron que iban a una consulta periódica.
- *Falta de información o información incompleta.* Como ya se mencionó, los padres no dan información a sus hijos sobre su padecimiento o la dan incompleta y los médicos casi nunca dan información a los niños, ocasionando que estos dejen volar su imaginación sobre su enfermedad. De los cuatro médicos entrevistados, dos de ellas les explican a los niños que el internamiento es para curar su enfermedad y además la aceptación de ella; otro solo les habla de su padecimiento físico, el último no habla de ellos sobre el tema, lo trata con sus familiares.
- *Estado de aislamiento y antipatía.* Los niños se aíslan por diferentes motivos, uno de los principales es el estado físico en el que ingresan, ya

que muchos entran al hospital en estado de inconsciencia, padecimientos y dolores agudos. Necesitan reposo o tratamiento por lo cual están en silla de ruedas o cama, provocando que sus compañeros con mayor libertad de movimiento los abandonen para trasladarse a otros lugares y los dejen solos, sin tener con quien platicar, pues el personal sanitario a pesar de la disposición no tiene el tiempo necesario pues deben cumplir con sus labores. El cambio brusco del medio familiar al hospitalario, los pacientes reaccionan a la defensiva, son agresivos con el personal sanitario, con los demás pacientes y con sus familiares.

Como vienen niños de diferentes partes de la República Mexicana tienen diferentes costumbres, tradiciones, hábitos, etc., lo cual conlleva a que la relación que se establece se determine por afinidades y dejen fuera de su círculo a los que no encajan en él, causando cierta antipatía, riñas y enfrentamientos entre ellos.

Existe el aislamiento involuntario, provocado por enfermedades contagiosas, algunos niños son separados de los demás de manera física o se les ponen diferentes objetos que los caracterizan por tener una enfermedad contagiosa, lo que ocasiona el distanciamiento, tanto de ellos, como de sus compañeros. Una de las niñas entrevistadas menciona que debido a su edad no puede realizar actividades o trasladarse tan rápido como sus compañeros, por lo cual a veces se siente sola.

- *Cambio de estado de ánimo.* La hospitalización causa en el interno distintos estados de ánimo y cambios de conducta repentina, provocados por la soledad, el alejamiento de su familia y amigos, el lugar en que se encuentran, la falta de libertad, pero con la esperanza de sanar. Así pasan de la alegría a la tristeza, de la angustia a la tranquilidad, de la impotencia a la resignación, etc. Otros momentos en los que se dan cambios de ánimo repentinos y bruscos es a la hora de visita y después de ésta, ya que de alguna manera la presencia de los familiares perturba

positiva o negativamente el estado de ánimo y la conducta del niño. De los familiares encuestados, cinco comentan que sus hijos no presentan cambios de conducta, uno casi no y siete que sí, en general se vuelven más sensibles, dos de éstos se vuelven llorones y uno de ellos presenta enuresis secundaria, rechaza alimentos y se autoagrede. Otro se vuelve travieso. Tres se deprimen y se vuelven tímidos, además uno de ellos cambia de estado de ánimo. Los niños entrevistados comentaron que el estado de ánimo que prevalece es de tristeza, dos de ellos (adolescentes) argumentan que ahí se sienten todos los estados de ánimo que puede tener el ser humano.

- *Falta de escucha.* Los niños hospitalizados tienen la necesidad de que alguien los escuche y los comprenda con respecto a la situación que están pasando para que esta se les haga más llevadera y no repercuta negativamente en su desarrollo afectivo y emocional. Necesitan de una persona que les brinde confianza, los haga sentir importantes y que su opinión vale. Seis de los niños entrevistados menciona que extrañan a su familia, la confianza que tienen con ellos y las pláticas.
- *Trastornos psicológicos.* A pesar de que el personal del instituto trata con los niños diariamente, muchas veces pasa por alto los cambios de conducta de algunos enfermos, no toma en cuenta que son significativos, que empiezan a repercutir o a dañar su persona y las relaciones con los demás. Solo le avisan al psicólogo cuando notan agresiones hacia su persona, los niños, infundiendo temor a éstos. Es el caso de una adolescente que después de la experiencia traumática en cirugía, pues se encontró en peligro de fallecer y por varios días estuvo en terapia intensiva, cuando se recuperó físicamente presento alteraciones psicológicas, hacia comentarios que atemorizaban a sus compañeros.
- *Temor a la cirugía.* Por otro lado, los niños presentan temor a la cirugía por la incertidumbre que les provoca durante o posterior a ésta. En

muchas ocasiones los niños presentan padecimientos psicosomáticos horas o días antes de la cirugía, provocando que se suspenda. Algunos de estos temores son ocasionados por experiencias pasadas o por relatos de sus compañeros. Los adolescentes rechazan la cirugía principalmente por que afecta la estética de su cuerpo. Esto se refleja en algunos niños que padecían, algunas horas antes de la cirugía, fiebre, gripa ,etc., o en los comentarios de los adolescentes pues mencionaban que ya no podrían lucir prendas de vestir escotadas por la cicatriz de su pecho. Incluso se dio el caso de un paciente después de la cirugía empezó a presentar dolores que se aliviaban según él con inyecciones o pastillas placeas (agua destilada o cápsulas rellenas de azúcar). Después de que subía un niño de cirugía, la mayoría de sus compañeros le hacían preguntas referentes a ésta, de ello dependía en gran medida las reacciones del paciente ante su cirugía. Por otra parte los cuatro médicos opinan que las reacciones de los niños al informarles que entraran a cirugía es por lo general de estados de ánimo ambivalentes de miedo, angustia, ansiedad y tranquilidad; uno señala que el si toma en cuenta el estado emocional de los pacientes antes de entrara a cirugía; otro alude que se debería tomar en cuenta pues es mejor un niño optimista y conocedor de lo que le va a suceder que un niño que no sabe nada y los dos últimos consideran más importante el estado físico que el psicosocial, por que significaría perder la oportunidad de operarlos durante meses.

- *Historias personales y relaciones familiares.* Determinan de alguna manera la pronta o tardía adaptación al medio hospitalario. Cada niño proviene de distintos lugares, con diferentes maneras de relacionarse con sus familiares y de ella depende el apoyo que reciban de su familia. Los niños que provienen de una relación amor – autonomía se adaptan más rápidamente al medio hospitalario, ya que son más amistosos y

tolerantes con respecto a las demás personas, algunos niños que provenían de este tipo de relación "E", "JA", "EM" y "J", su edad oscilaba entre 14 y 18 años, también "G" de 5 años de edad; ellos convivían con todos los pacientes, sin importar el género o edad, se sentían seguros y tranquilos al estar internados, trataban de que los demás se adaptaran al hospital, eran los más sociables y optimistas aunque a veces se sentían tristes. La familia de ellos los frecuentaba, ocupaban las horas de visita para preguntarles de diferentes temas, los acariciaban, jugaban, etc., pero a la hora de irse se mostraban preocupados por la salud de sus hijos, platicaban con los médicos sobre el padecimiento de sus hijos.

Al contrario de estos, los que provienen de una relación amor - control tardan en adaptarse pues extrañan la presencia de los padres que los sobre protegen y se sienten inválidos por no tenerlos con ellos, incluso los chantajean o los hacen sentir culpables de su estancia. Algunos niños que provenían de esta relación eran "V", "I", "P", "MM", tenían como característica que platicaban muy poco con sus padres en la hora de visita, les hacían berrinches y hacían que les cumplieran cualquier capricho, a veces los ignoraban y hacían que los persiguieran por todo el servicio. Los padres les llevaban regalos en exceso, los mimaban y los sobreprotegían cuando estaban con ellos, ya que de alguna manera se sentían culpables de los padecimientos físicos de sus hijos, por lo que a veces les mostraban cierta preocupación e inseguridad sobre lo que pasaría.

Los niños en cuyos hogares se producen relaciones familiares de hostilidad-autonomía tardan en adaptarse, no tienen hábito de higiene y no toleran la autoridad que les ejerce el personal sanitario, pues no están acostumbrados a normas y reglas. Los niños que vienen de relaciones hostilidad - control son tímidos y cada vez que alguna persona trata de acercarse a ellos se sienten

agredidos y agreden, por lo cual, su adaptación es muy difícil. “LF”, “F”, “A” provenían de relaciones hostilidad - autonomía, retaban constantemente a sus compañeros y al personal de enfermería, eran pocos sociables y a veces estaban solos, no se preocupaban por su aseo personal; si no contaban con el apoyo de sus compañeros los agredían verbalmente y los amenazaban. Incitaban a los demás niños a hacer travesuras, maltrataban el mobiliario o los trabajos de sus compañeros. Sus familiares eran poco sociables, el papá de “LF” no le hacía caso, llegaba y veía la televisión o resolvía crucigramas, ignoraba a su hijo o lo mandaba a hacer otra cosa, no recibía visitas de otras personas pues venía de Puebla y su mamá se tenía que quedar a cuidar a sus demás hermanos. El papá de “F” cuando platicaba con su hijo le decía que tenía que ser autosuficiente y valerse por sí mismo, no le demostraba su afecto, cuando aplicamos el cuestionario nos contestó que las preguntas que planteábamos eran incoherentes.

Los padres que mantiene con sus hijos una relación de amor - autonomía se interesan en platicar con sus hijos acerca de su hospitalización y como la están viviendo, se muestran optimistas hacia ellos aunque están preocupados por su salud, comparten de manera agradable para su hijo las horas de visita, los abrazan, les demuestran su afecto.

Los que mantienen una relación de amor - control manifiesta ante sus hijos amor, pero también preocupación, incluso un sentimiento de culpa que los lleva a sobre proteger y mimar en extremo a sus hijos. Los padres que presentan una relación de hostilidad - autonomía, no conviven lo suficiente en las horas de visita hacen otra cosa, menos prestar atención a sus hijos, los ignoran pues se ponen a platicar con otras personas e incluso ver la televisión, sin mostrar ninguna preocupación por la enfermedad de sus hijos.

Los padres que mantienen una relación de hostilidad – control se caracteriza por no tomar en cuenta las dolencias de sus hijos, solamente les interesa la conducta que ellos expresen en su momento. Un ejemplo de la relación hostilidad – control fue “D”, tenía 16 años, la relación que tenía con su madre le afectaba al grado de que entraba en depresiones constantemente, su madre la culpaba de su enfermedad y evitaba que sus familiares la visitaran o se comunicaran con ella. Esto provocó que cuando iba a ser operada, para regresar a su casa posteriormente, y para no hacerlo, tomó un vaso de agua para evitar la cirugía y permanecer más tiempo en el hospital. Por estas razones, ella era en un principio muy hostil con el personal y sus compañeros, pensaba que todos se burlaban de ella por la herida que tenía en el brazo (provocada por una trombosis). Era una paciente muy callada, tímida y poco expresiva pero muy necesitada de afecto.

- *Relaciones afectivas de pacientes entre sí.* Se debe tomar en cuenta las relaciones que el niño ha establecido con anterioridad para comprender el modo de relacionarse con los demás. Las relaciones que establecen los internos entre sí varían principalmente por el género al que pertenezcan y la edad en la que se encuentren, a partir de estas dos variantes se dan sus relaciones amistosas dentro del instituto. Un factor que influye para que no sea así es que los internos vengan de lugares apartados de las ciudades, su lengua materna no sea el español, sufran síndrome de down, problemas del lenguaje, retraso mental, malformaciones o alguna discapacidad.

Los niños que provienen de una relación amor – autonomía hacen amistad con facilidad no importa el género del compañero, tienden a ser líderes dentro del grupo, son seguros, tienen una autoestima elevada y se preocupan por sus compañeros. Los internos que viven en hogares donde predomina relación amor – control son dependientes de algún compañero o trabajador del personal sanitario,

lloran cuando no consiguen lo que quieren, son inseguros y su autoestima depende de la opinión de los demás, se preocupan sólo por sí mismos.

Los pacientes que tiene en casa una relación hostilidad – autonomía retan al personal sanitario, llegan a ser líderes por decisión propia, obligando a sus compañeros a aceptarlos, quieren imponer su voluntad, no importa que sea a la fuerza, llegan a ser agresivos con sus compañeros y con el personal sanitario, se adaptan, pero ponen sus condiciones, por eso tienen pocos amigos e influencia sobre los niños que proviene de una relación amor – control.

Los niños en cuyas familias predomina una relación hostilidad – control se relacionan con dificultad, ya que se sienten rechazados por el grupo, por tanto agreden y se autoagreden: se pellizcan, jalan el cabello, etc., tiene sentimientos ambivalentes por las personas que los rodean y difícilmente tienen una relación amistosa estable.

- *Relaciones afectivas de pacientes con médicos, enfermeras y educadora.* Los niños también se relacionan con la educadora, esta relación depende en gran medida de los niños, si ellos muestran interés por las actividades que promueve, ella los toma en cuenta, pero si ocurre lo contrario, la educadora permanece indiferente ante la estancia de los niños pues no los motiva, ni les brinda la confianza de acercarse, solo le interesa llevar a cabo las actividades que planea, sin la flexibilidad de cambiarlas para que sean más agradables para los niños. Además no busca promover las habilidades emocionales, cognitivas ni sociales de los niños. En la entrevista, la educadora menciona que intenta acercarse a los niños cuando son ingresados, pero si el niño no quiere acercarse ella lo deja hasta que se acerca por sí solo, además menciona que sus actividades no tienen como fin ninguna ayuda psicopedagógica.

La relación que hay entre enfermeras y pacientes se determina de alguna manera por el turno que cubren, conviven más con el personal que labora en el turno vespertino y matutino que con las del turno de la noche. Las enfermeras establecen una relación más cotidiana con los pacientes, se preocupan no sólo por la salud física, sino también por el bienestar emocional aunque el tiempo que le dedican es limitado debido a que sus labores no se lo permiten, pero de alguna manera pasan más tiempo con ellas, sin embargo hay sus excepciones, pues algunas enfermeras no tienen la debida paciencia y se irritan con facilidad, por lo que establecen una relación meramente profesional. Siete de las enfermeras que contestaron el cuestionario consideran que su relación con los pacientes se basa en la confianza, cariño, amabilidad y respeto para ayudarlos y orientarlos en el proceso de hospitalización y cirugía. Lo anterior se lleva a cabo a través de pláticas informales con los pacientes, por lo que se crea una empatía más cercana, ocasionando que los pacientes las relacionen con alguien de su familia.; sin embargo otra enfermera considera que la relación que mantiene con los enfermos solamente es inherente a la función que le compete.

Sin embargo, las enfermeras no les pueden dedicar todo su tiempo a los infantes, pues ellas tienen que cumplir con sus labores y obligaciones dentro del servicio, así, solo platican con ellos cuando están desocupadas o mientras les practican una curación, cambio de suero.

Al contrario de éstas, la relación entre el médico y el paciente es esporádica o no existe. Los médicos solamente se interesan por transmitirle la información necesaria y en algunos casos llegan a mostrar interés por ellos.

La relación entre los pacientes y los médicos depende principalmente del carácter de ambos y del rango jerárquico de los segundos. Los médicos adjuntos

son los responsables de los pacientes, pero son los que menos se relacionan con los internos, pues nada más pasan visita a sus pacientes y se dedican más a sus expedientes, por lo que muchos niños no conocen a su médico adjunto. Por general, los médicos residentes pasan más tiempo con los niños, aunque su estancia en el servicio es corta.

Los médicos residentes conviven más con los infantes a través de juegos pláticas, etcétera. Por lo anteriormente mencionado, los niños manifiestan resentimiento hacia algunos médicos y creen que no toman en cuenta que son seres humanos como ellos, no se preocupan ni toman en serio su enfermedad, o tienen preferencia por niños con mayores recursos.

Sin embargo los niños más pequeños simpatizan con médicos que en su momento representan una imagen materna o paterna. Por otro lado hay adolescentes que establecen cierta alianza con los médicos, pues se sienten desatendidos por sus familiares y tienen la necesidad de ser escuchados por alguien.

Tres de los pacientes entrevistados mencionaron que los doctores solo van de vez en cuando y por ratos y la mayoría de ellos lo revisan y platican pero de su enfermedad, una niña profundizó más en la respuesta y menciono que la relación entre paciente y médicos también depende de que médico sea, porque hay algunos que los tratan con cariño y otros no y esto les duele. Los cuatro médicos que contestaron el cuestionario eran residentes y consideran que la relación que establecen con sus pacientes es de amistad, a través de pláticas informales e incluso juegan con ellos. Por otra parte la auxiliar educadora menciona que los médicos adjuntos nada más pasan visita, se dedican más al expediente, escriben y muchas veces no conocen al paciente y viceversa, en cambio los residentes están toda la mañana y se quedan de guardia por lo que tienen mayor contacto con los niños.

A continuación se presentan cuadros sobre la información que arrojó el diagnóstico pedagógico, ya anteriormente escrito, de acuerdo a las categorías señaladas a lo largo del capítulo.

| NIÑOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | |
|---|---|
| Problemas Físicos | Cansancio, movilidad, lentitud, cambio de apariencia, disminución y aumento de peso. |
| Problemas Académicos | Retraso escolar, preocupación por el trabajo escolar, falta de concentración, reincorporación paulatina a la escuela. |
| Problemas Psicológicos y Emocionales | Preocupación por la apariencia física, salud, futuro y trabajo escolar. Fragilidad emocional, cambios de estados de ánimo, padecimientos psicósomáticos y baja autoestima. Conductas negativas: agresividad, irritabilidad, desconfianza, inseguridad, inadaptación, aislamiento, antipatía. Miedo a la hospitalización, enfrentamientos con el personal sanitario y familiares. |
| Otros Problemas | Traslados del hogar al hospital, dietas rigurosas. |

| MÉDICOS | |
|----------|---|
| Adjuntos | La relación con los niños es esporádica, pasan visita, se dedican más a los expedientes y en ocasiones no conocen a los pacientes y viceversa |
| | Pediatras Son más tolerantes con los niños, establecen una relación amistosa con ellos, cada vez que su tiempo se los permita platican y juegan con ellos. |

| | | |
|--|--------------|---|
| | No Pediatras | Procuran hacer lo indispensable para el mejoramiento de la salud, casi no conviven con los pacientes y evitan estar dentro del servicio de cardiopediatría. |
|--|--------------|---|

pacidades, mejora o modificación

I. PROPUESTA PEDAGÓGICA

5.1. Justificación

El ingreso al hospital para un paciente ha sido una experiencia penosa, pero él espera, en las condiciones que se vaya a encontrar, le faciliten su rápida recuperación, sin embargo, las circunstancias no siempre resultan favorables para este propósito.

En este aspecto, han ocurrido varios cambios en la relación del paciente con el hospital, pero todavía se somete a una reglamentación que no siempre toma en cuenta al paciente, enfrentando las incomodidades y riesgos de la compleja tecnología diagnóstica y terapéutica de hoy en día, sin tomar en cuenta el punto de vista del paciente y mucho menos si se trata de un niño, en tanto el personal de salud, los padres y familiares de los infantes no toman en cuenta su opinión para ser internados o sometidos a tratamientos.

En la actualidad existen centros hospitalarios como el Instituto Nacional de Cardiología que se han preocupado por los niños hospitalizados, por lo que han creado espacios educativos dentro de los servicios de pediatría, tomando en cuenta para ello los derechos del paciente hospitalizado, donde menciona que todo paciente “tiene derecho a gozar de actividades recreativas, siempre que el hospital cuente con áreas específicas para tal fin”¹. Sin embargo, no responden a los derechos del niño, englobados en los artículos 6, 20, 23, 24, 27, 28, 29 y 31, se resumen a continuación:

¹ Alberto LIFSHITZ. *Los derechos humanos del paciente hospitalizado*. México. Editorial CNDH, 1992, p c. 19

- ☆ Todo niño tiene derecho a la vida, a la supervivencia y a su pleno desarrollo físico, mental, espiritual y social.(Art. 6, 27).
- ☆ Todo niño tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y al servicio para el tratamiento de las enfermedades y de la rehabilitación para la salud. (Art. 24).
- ☆ Los niños privados temporalmente de su medio familiar, por estar hospitalizados, tienen derecho a cuidados especiales, a una educación que ayude a desarrollar su personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades. (Art.20, 23, 28 y 29).
- ☆ Todo niño tiene derecho al descanso y al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad. (Art.23, 31).

Es deber de los padres de familia, profesores, médicos, servidores públicos, autoridades educativas, administrativas y judiciales que los derechos se cumplan cabalmente.

En el INC Ignacio Chávez se ha creado un espacio escolar en el área de cardiología pediátrica. Los objetivos que intenta cubrir el instituto son: evitar el aburrimiento; elaborar actividades manuales, intelectuales y lúdicas; proporcionar terapia ocupacional; adquirir hábitos de higiene; observar la personalidad de estos niños.

Los objetivos se proponen resolver los problemas de adaptación y comunicación al centro hospitalario, viendo a la “escuelita” como un centro de reunión y convivencia para los internos. Pero esto no se ha llevado a cabo, el objetivo se ha desvirtuado por no tener un programa que englobe los objetivos propuestos y las actividades adecuadas.

El interés por mantener distraídos y ocupados a los niños para que no causen problemas dentro del servicio y por lo tanto no distraer de sus funciones al personal sanitario, ha dejado de lado las necesidades que tienen de socialización, comunicación y adaptación que repercuten en su integridad bio - psico - social, provocando otros padecimientos psicosomáticos.

Ante esto surge el interés de crear programas que cubran las necesidades de los niños hospitalizados, por lo cual, nosotras proponemos un programa formativo - recreativo para promover el desarrollo de la socialización, adaptación y cooperación en los niños cardiópatas hospitalizados y favorecer su pronta recuperación.

La necesidad de elaborar este proyecto surgió de las constantes visitas y durante el servicio social en dicho instituto, donde detectamos que la labor llevada a cabo por la asistente educativa no es la adecuada, pues no da un buen manejo a las actividades (rutinarias) y cumple roles que no le competen. Así como no toma en cuenta las necesidades fundamentales de los niños: socialización y adaptación al centro hospitalario.

Los niños que ingresan a un hospital, entran a un ambiente nuevo y desconocido, con personas extrañas, uniformes que dan miedo; también son agredidos con inyecciones, medicamentos y estudios. Se encuentran lejos de su familia, amigos, privados de su libertad, por lo cual se vuelven huraños, agresivos, tímidos, solitarios, temerosos, desconfiados, etc.

Es por esto que el programa tendrá como objetivos primordiales la socialización y cooperación entre los niños como con el personal sanitario y la adaptación al centro hospitalario, utilizando el juego y las manualidades para

dicho fin. También se busca la distracción para que olviden los riesgos de la anestesia y la intervención quirúrgica a través de las actividades recreativas, manteniendo un estado de ánimo físico y emocional positivo.

5.2. Marco Teórico

A continuación se dará un reseña de la Pedagogía Hospitalaria, que se extrajo del libro del mismo nombre: “Pedagogía Hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos”, de los autores José Luis González - Simancas y Aquilino Polaino - Lorente.

La Pedagogía Hospitalaria es una rama de la Pedagogía Social. La Pedagogía Social “es una parte de la pedagogía que se ocupa de la educación social del individuo, preparándolo para encajar bien dentro de la vida social”², entendida la educación social como la educación encargada de que los individuos lleguen a adaptarse a la sociedad para lograr una madurez que les ayude al buen desarrollo social y a tener una actitud justa frente a los demás, desempeñando sus roles adecuadamente.

El objeto de la Pedagogía Social “consiste en la atención a los problemas humanos - sociales que pueden ser tratados desde instancias educativas”³, se apoya en diversas ciencias para obtener datos sobre los individuos que desea integrar a la sociedad: de la antropología, obtiene informes de hasta qué punto

² Pablo CARREÑO G. *Pedagogía social. Técnicas de trabajo escolar. Tomo I.* Madrid. Editorial Ministerio de Educación y Ciencia. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1977, p c. 45

³ C. QUINTANILLA. citado en José Luis GONZÁLEZ S. *Pedagogía Hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos.* México. Editorial Narcea, 1990, p c 18.

puede o debe realizarse una educación social del individuo, esto es para saber la capacidad social que tiene.

De la psicología evolutiva retoma el nivel de desarrollo y socialización en que se encuentran los individuos, describe como se dan las relaciones interpersonales, también muestra los casos en que la socialización se realiza indebidamente o llega incluso a fracasar, con lo cual podemos programar el tipo de educación social que se va a emprender en cada momento y saber si se realiza debidamente.

5.2.1. Pedagogía Hospitalaria

La pedagogía social ha ido creciendo, derivándose de ella diversas ramas, como son: pedagogía penitenciaria, pedagogía ambiental y más recientemente la *Pedagogía Hospitalaria*.

El objeto de estudio, investigación y dedicación de la Pedagogía Hospitalaria es “el educando hospitalizado ..., con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy especialmente el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de su salud”⁴. Así se pretende que a través de la situación anómala por la que atraviesa el enfermo, tenga un beneficio que le ayude a su enriquecimiento personal.

La Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía inmediata, de y para la vida, que aprovecha cualquier experiencia para enriquecer a quien vive. Las necesidades que atiende la Pedagogía Hospitalaria son: la adaptación del paciente al medio

⁴ Op. Cit. p. c. 199

hospitalario, la valoración del potencial de sus capacidades, mejora o modifica el comportamiento infantil, etc. Estas necesidades no son sujeto directo de la atención médica – son cubiertas por el personal sanitario y quedan incumplidas en el contexto hospitalario – , por lo que surge la necesidad de la injerencia del pedagogo en ambientes clínicos, para que ayude al pronto restablecimiento del paciente.

La Pedagogía Hospitalaria se enfoca más a la salud y a la vida, que a la instrucción y al adiestramiento, de manera que considera un curriculum flexible adaptado a las necesidades bio – psico – sociales del paciente , sin tener un modelo formal, rígido y sistemático a seguir, centrándose en la situación presente del educando especializado. Sin embargo no se dejan de lado los contenidos formales escolares, sino, los adecua a su escolaridad y al interés que tenga de aprenderlos.

Por lo que la Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía desinstitucionalizada, es decir, no está rígidamente pautada por contenidos, objetivos, propósitos y fines. Es desformalizada por encontrarse en un contexto especial, el hospital, por lo que se separa de la educación sistemática. La educación que se imparte por parte de la Pedagogía Hospitalaria, se programa desde la flexibilidad y versatilidad del niño enfermo hospitalizado, desde los tres enfoques que la conforman.

Los tres enfoques que conforman a la Pedagogía Hospitalaria son: formativo, didáctico o instructivo y psicopedagógico. Los dos primeros pertenecen al ámbito de la educación y por tanto a la pedagogía. El tercero cae dentro de la psicología entramada con la educación.

1) *Enfoque Formativo*

El enfoque formativo ayuda al perfeccionamiento integral, aún en la situación anómala. Su objetivo es promover el autodesarrollo de la persona en su integridad y unidades radicales: singularidad, apertura y autonomía.

Contribuye a que la persona enferma y hospitalizada supere las dificultades nacidas de tales circunstancias, y a partir de ellas busquen el desarrollo de todas sus posibilidades como persona, en la medida de sus posibilidades.

El principio operativo de este enfoque es el de autonomía, se fundamenta en la libertad, su correcto uso, así como la elaboración, ejecución del proyecto de vida personal, al cual no debe renunciar por su enfermedad. De ahí, que en este enfoque se proceda con una comunicación interpersonal, es decir, el diálogo, donde interviene el pedagogo para ayudar al enfermo a descubrir los recursos personales con los que cuenta para aceptar su padecimiento y superarlo.

El diálogo refuerza la autonomía de la persona enferma, a la toma de decisiones productivas para su presente y su posible futuro, utilizando su tiempo de hospitalización en actividades útiles y formativas. Las actividades le servirán para distraerse o relajarse y olvidarse de las afecciones provocadas por su enfermedad, reforzando su desarrollo. El enfoque formativo cuenta con contenidos, conocimientos y formación actitudinal para el mantenimiento y desarrollo de la autonomía personal.

2) *Enfoque Instructivo o Didáctico*

El enfoque instructivo o didáctico nace de la necesidad del niño hospitalizado, en edad escolar, por continuar con su formación escolar. Su

objetivo es mantener los hábitos de educación intelectual, aprendizaje cultural, trabajo y estudio, así como potenciarlas, de ser necesario.

Las actividades deben ser desarrolladas por profesores y/o pedagogos, que organizaran los procedimientos de enseñanza, realizando previamente una evaluación de los conocimientos y destrezas del alumno, elaborando objetivos generales e individuales, acordes a las necesidades escolares, biofísicas y psicosociales, aplicando una evaluación periódica y asesorías.

Los principios que aplica el enfoque didáctico son: individualización, cada proceso educativo se debe ajustar a la persona concreta; socialización, dirigido a combatir el aislamiento, proporcionándole la oportunidad de convivir con otros niños; y la autonomía, la cual implica la participación voluntaria y activa del enfermo.

El enfoque formativo y didáctico se unen en uno solo, llamado educativo, entendiendo a la educación como el desarrollo integral de la persona.

3) Enfoque Psicopedagógico

El enfoque psicopedagógico se encuentra cercano a la actuación médica y a la actuación estrictamente pedagógica, su naturaleza terapéutica busca el mantenimiento y cuidado de la salud psíquica y prevención de la pérdida de ella.

Ambas, la intervención médica y psicopedagógica tienen como finalidad la salud y conceden una gran importancia a las estrategias de intervención empleadas y a los recursos tecnológicos de que se sirven con todo lo que estos conllevan de precisión, de aplicación exacta según las pautas diseñadas, etc; peculiaridades que las diferencian del enfoque educativo.

Los procedimientos psicopedagógicos se alejan de los catalogados estrictamente como pedagógicos, ya que los pedagógicos buscan el desarrollo del ser humano y no su terapia. El enfoque pedagógico se ayuda de la tecnología y la técnica para el servicio del ser humano y las relaciones interpersonales.

Naturaleza filosófica de la Pedagogía Hospitalaria

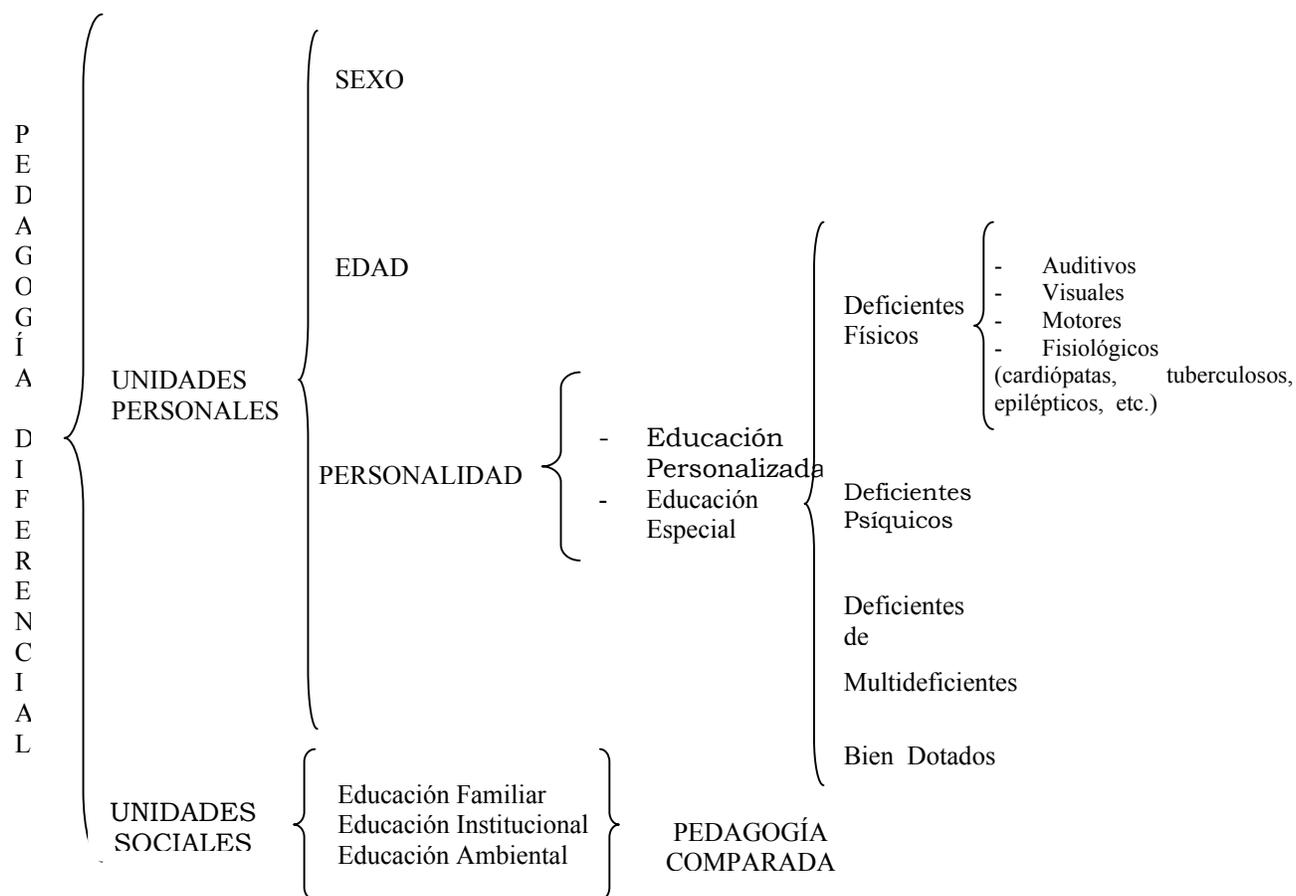
La naturaleza filosófica de la Pedagogía Hospitalaria es la educación humanista y de acuerdo con Villalpando⁵, tiene como cualidades: el liberalismo, que consiste en reconocer el valor de la persona del educando como lo más significativo en la obra formadora; el realismo, consiste en reconocer la naturaleza del educando como punto de partida de la educación, advirtiendo además el ambiente en que se desarrolla; y la integridad, se refiere a la amplitud de la educación”, es decir, al desarrollo máximo de todas sus capacidades.

Por lo tanto, la Pedagogía Hospitalaria no toma de manera aislada y abstracta al individuo, sino como parte de un grupo, de tal manera que queda insertada en la Pedagogía Diferencial, la cual toma en cuenta los fenómenos pedagógicos como una “actuación conjunta en determinado tipo de sujetos o en determinada situación”⁶, es decir, la Pedagogía Diferencial responde a la diferencia de los sujetos entre las que se encuentran: sexo, edad, personalidad (condiciones psicofísicas de la persona). De esta última se deriva la educación personalizada y la educación especial.

⁵ J. M. VILLALPANDO. *Filosofía de la Educación*. México. Editorial Porrúa, 1973, p. c. 32-33

⁶ GARCÍA HOZ. *Principios de Pedagogía Sistemática*. Madrid. Editorial Rialp, 1978. p. c.54

La educación especial se realiza con sujetos que presentan características psíquicas, físicas o sociales distintas a las corrientes o normales. Se dividen en diferentes grupos: deficientes físicos, deficientes psíquicos, deficientes de lenguaje, multideficientes y bien dotados.



La Pedagogía Hospitalaria se Apoya en la Pedagogía, la Psicología y la Medicina. De la pedagogía retoma su naturaleza filosófica, de donde se desprende una educación humanista que promueva la formación del individuo, ayudando a su desarrollo integral y al perfeccionamiento de la persona. Así como provee los principios generales y específico de la actuación educativa.

De la psicología, más concretamente de su rama aplicada a la educación, la psicología educativa retoma a la psicopedagogía como ayuda terapéutica que sirve al equilibrio psíquico, al ajuste social y a la adaptación psicosocial del enfermo.

De la medicina obtiene sus conocimientos sobre las enfermedades que padecen los pacientes, para que a través de la intervención pedagógica el paciente acepte su enfermedad y la comprenda. También entienda su tratamiento.

Hospitalización

La hospitalización de un paciente significa una privación familiar, afectiva, cultural y escolar que repercute en la disminución de sus relaciones sociales y en su estado psicológico. Las consecuencias se manifiestan durante su estancia en el hospital e incluso, después de la salida de éste, repercutiendo en adaptación y socialización al regresar al hogar y/o la escuela.

La hospitalización puede causar relaciones inapropiadas entre el enfermo y su familia - dependencia, sobreprotección, pérdida de la autonomía personal, etcétera - por lo que un adecuado proceso de hospitalización reduce el estrés y mantiene una adaptación efectiva y afectiva de toda la familia y por supuesto del enfermo.

La Pedagogía Hospitalaria tiene como objetivo “transformar la hospitalización en una experiencia constructiva, en lugar de traumática o negativa”⁷ para beneficiar la salud del enfermo, ayudándole a contrarrestar los

⁷ José Luis GONZÁLEZ S. *Pedagogía Hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos.* p. c.130

efectos negativos tanto psicológicos y sociales que repercuten en su estado biológico y en su pronta recuperación.

Los niños que pasan por una hospitalización sufren cambios en sus relaciones sociales y en su estado psicológico, debido a la separación parental, provocando sentimientos de depresión y ansiedad que se reflejan en alteraciones conductuales como son: agresividad, trastornos en el sueño, se resisten al tratamiento, aislamiento, dependencia, apatía, volubles, esto se agrava con la enfermedad y otros malestares. Además, en ocasiones, pueden sentir resentimiento contra sus padres.

Las hospitalizaciones de periodos prolongados, afectan el funcionamiento de las relaciones interpersonales del paciente, en esta etapa evolutiva tiene gran importancia los factores sociales que se ven limitados por la enfermedad y su internamiento. De esta manera, con la enfermedad física, el niño padece la enfermedad social del aislamiento al separarlo de sus principales medios de socialización: la familia y la escuela, causando problemas psicopatológicos graves o estado de anomia.

Desde 1945 diversos autores* han hecho investigaciones sobre los efectos de la hospitalización, aconsejando hablar con el niño sobre su internamiento con anterioridad, proporcionándole apoyo emocional e información de acuerdo a su madurez, a través de pláticas con sus padres y/o del personal sanitario, de videos, representaciones, visitas anteriores al hospital, relacionarlo con el material

* Collette PERICHI. *El niño enfermo*. Barcelona. Editorial Herder, 1986. B. SPOCK. *El cuidado del niño lisiado*. México. Editorial . Prensa Mexicana, 1967. p. r.28 – 56. Roberto ZAVALLONI. *Introducción a la Pedagogía Especial*. Barcelona . Editorial Herder, 1983.

hospitalario, etc., para reducir el impacto que provoca en él, al entrar en un ambiente nuevo y extraño.

Así mismo, los padres deben de tener una actitud positiva hacia la hospitalización, es decir, no deben de llevar a sus hijos con engaños, deben visitarlos regularmente, confiar en el personal sanitario, explicarles a sus hijos que su hospitalización o enfermedad no es un castigo, no deben ser sobreprotectores con sus hijos, ambos padres deben visitarlos y de ser posible sus familiares más allegados, mostrándole apoyo a través de su acompañamiento y cariño, sin consentirlo - no llenarlo de regalos innecesarios - .

Al finalizar la visita, los padres deben despedirse del niño y no irse con engaños, a escondidas o prometerle que saldrán al día siguiente, es preferible decirle la verdad pues así no perderá la confianza en ellos. De lo anterior concluye Polaino - Lorente y Lizasoain, los programas educativos para la preparación y transcurso de la hospitalización, deben perseguir alguno de los siguientes objetivos:

- Mejorar la adherencia al tratamiento médico.
- Disminuir el estrés y la ansiedad ante la hospitalización y los tratamientos médicos.
- Evitar alteraciones emocionales y conductuales.
- Procurar un ajuste inmediato a la enfermedad y a la hospitalización.
- Conseguir, con una relativa prontitud, que el niño establezca las oportunas y necesarias relaciones con el personal sanitario.
- Facilitar su recuperación y pronto abandono del hospital.
- Facilitar la atención y el cuidado del paciente, una vez que vuelva a su casa mediante el aprendizaje de habilidades de autocuidado y el

conocimiento de los principales signos de alarma de la enfermedad que ha padecido.

- En estos programas se debe atender también otros aspectos de la personalidad del paciente y de tratar de conseguir, a través de la orientación, los siguientes objetivos:
 - a) El establecimiento de una relación de empatía;
 - b) dar apoyo emocional, ayudar al desarrollo en el niño de un autoconcepto positivo;
 - c) estimular sus sentimientos de autoconfianza;
 - d) ofrecerle la imprescindible seguridad hasta que logre desarrollarse;
 - e) promover su independencia;
 - f) estimular el desarrollo de su competencia emocional;
 - g) escuchar al niño y a su familia;
 - h) ayudarles a reducir la ansiedad;
 - i) ayudarles a los padres a desempeñar mejor en función de la enfermedad del niño, sus roles parentales;
 - j) promover e implantar unas mejores relaciones padres – hijo; crear en la familia un clima emocional que sea positivo para el niño.
- Respecto de las tareas propiamente educativas a desempeñar con los niños hospitalizados Small, propone las siguientes:
 - a) Aprendizaje de los valores éticos y morale;
 - b) aprendizaje de las conductas adecuadas, que sean adaptativas y autocontroladas;
 - c) aprendizaje de habilidades sociales;
 - d) aprendizaje de las rutinas para el autocuidado y el tratamiento;
 - e) ofrecimiento de la oportuna información al niño y a sus padres;
 - f) ofrecimiento de actividades específicas para el recreo;

- g) ofrecimiento de actividades de aprendizaje y una educación formal basada en el currículum escolar, que sirva de vínculo, enlace y continuidad del aprendizaje del niño, entre el hospital y la escuela;
- h) promoción de la comunicación entre el niño y el personal sanitario;
- i) establecimiento de programas individualizados de aprendizaje para cada niño.

Las competencias del pedagogo deben incluir tanto la investigación y práctica de la evaluación de las necesidades individuales, capacidades y logros del niño, como la investigación y práctica relacionadas con la intervención en determinadas situaciones a través de procedimientos y estrategias muy variados.

Además, la Pedagogía Hospitalaria toma en cuenta el derecho del niño a una muerte digna, cuando esta es inevitable, es decir, cubrir sus necesidades como todo ser humano y educarle para la muerte, ayudándole a desarrollar una actitud más positiva que le sirva para enfrentar la enfermedad y el dolor que esta conlleva.

La Pedagogía Hospitalaria trata de rescatar la dignidad del niño en fase terminal, pues muchas veces lo ignoramos o lo tratamos como si ya estuviera muerto, incluso los familiares y el personal sanitario se alejan de él para reducir el dolor que sentirán cuando fallezca.

De esta manera, la Pedagogía Hospitalaria toma a la educación y al aprendizaje como “un elemento terapéutico que redunde no solo en el perfeccionamiento del niño, como ser humano, sino también como enfermo al reclamar su atención, ocupar su tiempo libre y distraerle de una excesiva

polarización en su enfermedad”⁸, lo que contribuye a una más favorable recuperación.

5.2.2. El papel del pedagogo en el hospital

La injerencia del pedagogo en el centro hospitalario surge ante la necesidad de cubrir requerimientos, que hasta ahora han sido cubiertos parcialmente por el personal sanitario, tales como: adaptación del paciente al medio hospitalario y a su enfermedad, valoración del potencial de sus capacidades, mejora o modificación del comportamiento y lograr que la hospitalización, sea en lo posible, una experiencia constructiva para el paciente,

Las cualidades profesionales a las que debe responder el pedagogo, según Zavalloni⁹, se refiere a dos aspectos: la aptitudinal y personal. El aptitudinal, son las cualidades intelectuales, estudios, cultura, etc.

El aspecto personal engloba las cualidades de comprensión, equilibrio psíquico, adaptación social, desarrollando la sensibilidad y fortaleza en lo que se refiere a resistencia, paciencia y ayuda, por lo cual, el aspecto personal es el más importante para el servicio que brinda el pedagogo.

Cuando el pedagogo cumple con las cualidades aptitudinales y personales es comprometido, motivador, generoso, creativo, orientador, improvisador, dispuesto, consciente, comprensivo entre otras.

⁸ GONZÁLEZ S. *Pedagogía Hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos.* p. c.160

⁹ ZAVALLONI, R. *Introducción a la Pedagogía Especial.*

La ayuda del pedagogo se da en dos dimensiones: la primera, en su ser personal, se refiere a la actitud de esfuerzo, lucha y optimismo ante la enfermedad. La segunda, es respecto de su hacer, esto es ocupar el tiempo de internamiento en actividades que además de distraerle y relajarle, le sean útiles y formativas.

Respecto a los enfermos terminales, el pedagogo debe de ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y su próxima muerte, así como prestar su ayuda a la familia, para mejorar el trato con el paciente o bien orientándoles en tales circunstancias.

En lo referente a los enfermos crónicos, se les debe de ayudar a su adaptación al medio hospitalario por el tiempo que permanecen dentro de la institución, de igual manera, a su readaptación y a su rehabilitación. Así durante el tiempo que se encuentran hospitalizados, se deben de realizar actividades que calmen su ansiedad, a pesar de encontrarse en reposo absoluto.

Por lo cual, el pedagogo debe de establecer una relación interpersonal y dialógica con el enfermo, es decir, personal y objetiva, responde a dos funciones: la suasiva (aceptación del oyente) y la sodalicia (de compañía). La comunicación no solo se da a través de pláticas o escritos, sino también por actitudes, gestos, etc. de lo enfermos.

La labor del pedagogo dentro del hospital debe ser humanitaria y solidaria, logrando en lo posible, un equipo interdisciplinario e interprofesional con el personal sanitario, ya que no busca interferir con la labor del médico, sino lograr con su ayuda la pronta recuperación de los pacientes.

5.2.3. La experiencia de la “escuelita” en el Instituto Nacional de Cardiología

Cuando llegamos al INC teníamos la idea de trabajar solamente con un grupo de niños de determinada edad, al llegar el primer día nos percatamos que parte del tiempo que íbamos a estar en el instituto coincidía con la hora de visita, por lo que encontramos a los niños con sus familiares, a excepción de tres niñas, sus edades oscilaban entre los tres y siete años, los papás de dos de ellas ya se habían retirado y la otra no había recibido visitas, por lo que fueron con las únicas que tuvimos contacto y con las únicas que trabajamos ese día. Los demás niños se dispersaron por el servicio haciendo sus actividades cotidianas, ya que no nos conocían y no sabían el por qué de nuestra estancia. Fue a la hora de la cena, cuando estaba la mayoría de los niños, aprovechamos para presentarnos, pero los niños tuvieron poco interés y permanecieron apáticos, solamente uno de ellos nos pidió hojas para dibujar.

Al siguiente día dos de las niñas con las que habíamos trabajado ya las habían dado de alta y nadie acudía a la “escuelita”, algunos niños estaban viendo la televisión en otra estancia, en sus cuartos, los pasillos y la sala de visita (alberca de pelotas), evitándonos. Para atraerlos a la “escuelita” pusimos una película de caricaturas y platicamos un poco con ellos.

A partir del tercer día ocupamos el tiempo que los niños estaban con sus familiares para leer los expedientes de cada uno, empezamos a darnos cuenta de que algunos ya llevaban tiempo hospitalizados, otro era su primer internamiento, su estructura familiar, lugar de procedencia y costumbres, así fue como nos dimos cuenta de la heterogeneidad del grupo. Cuando terminó la visita, los niños asistieron a la “escuelita” y realizamos la actividad planeada, utilizamos diferentes materiales y ellos nos expresaron que la actividad les era grata, pues con la profesora de la mañana sólo iluminaban:

“Me gustaría que en la “escuelita” hubiera algo diferente que no sea colorear, que sirva para desaburrirnos” G.

También nos dimos cuenta que no podíamos trabajar solamente con un grupo de determinada edad porque los niños pequeños querían hacer las mismas actividades que los mayores, además de que si nuestro objetivo era adaptarlos al medio hospitalario y ayudar a su socialización, no podíamos trabajar con un determinado grupo de enfermos y excluir a los otros, pues ocasionaría lo contrario al fin deseado.

A partir de aquí buscamos actividades que tuvieran diferentes grados de dificultad, que les agradaran, tomando en cuenta el material con que contaba el instituto y el que nosotras podíamos aportar para que todos participaran y lograr nuestro objetivo. En las primeras actividades no todos los niños participaban, algunos de ellos permanecían en sus cuartos o en otras áreas de cardiopediatría, hablaban poco , algunos no conocían el nombre de sus compañeros, preferían trabajar solos o ver la televisión. Al mismo tiempo nos percibimos los constantes cambios de ánimo de los niños.

“Cuando entré al hospital... a mí lo que me interesaba era estar bien, lo único que quería era estar acostada y que me hicieran lo que me tuvieran que hacerme para sentirme bien...te sientes extraño, no estás acostumbrado a convivir con la gente que está aquí, creo que todo ser humano no está acostumbrado a vivir encerrado... sientes todos los estados de ánimo que puede tener el ser humano, primero estás contento, después estás triste, luego te deprimes...” M.

“El primer día que llegué ya me quería ir, ... pero tengo que estar aquí.... me siento triste pero trato de no preocuparme y de no pensar en lo que me puede lastimar...” G

“A veces me siento sola, a veces cuando estoy en mi camita luego no me puedo bajar, yo soy la única que está ahí, todos se van a jugar y luego acaban de comer y soy la única que no ha terminado” V.

La mayoría de los niños tenía mayor contacto con las enfermeras, en especial con una auxiliar que estaba en ese momento, ella fue una de las personas que nos proporcionó mayor información del servicio, de las características y gustos de los niños, de qué hacer ante algunas situaciones que se presentaban (utilizar la bomba, fallecimiento o urgencia).

Otra dificultad se presentaba cuando terminaba la visita, la mayoría de los niños pequeños se ponía a llorar y los mayores al sentirse solos se retiraban a sus cuartos a dormir, leer o no hacer nada, nunca permanecían juntos y se ignoraban entre sí, hacían subgrupos de dos o tres personas dependiendo de la edad y el género, por lo que al principio del servicio social teníamos que ir a los cuartos por cada uno para que acudieran a la “escuelita”.

Para realizar las actividades, a veces, cambiamos la posición del mobiliario, tratando que los internos estuvieran cerca unos de otros, se conocieran y se ayudaran. Los mayores se volvieron más tolerantes con los pequeños, al terminar la visita se acercaban con los pequeños que lloraban para consolarlos y en las actividades les ayudaban a realizarlas e incluso les regalaban algunas manualidades que ellos hacían.

Posteriormente, al paso de los días asistían solos, incluso les pedían a sus padres se retiraran temprano para poder realizar las actividades, algunos niños realizaban actividades no terminadas del día anterior con la ayuda de sus familiares, les regalaban algunos de sus trabajos hechos en la “escuelita”. Muchos

niños ya no lloraban al terminar la visita, los padres los llevaban a la “escuelita” antes de irse.

“Es muy bueno que haya una “escuelita”, así de esta manera los niños se distraen y aprenden muchas cosas, además esto permite su pronto restablecimiento, ya que no en todos los hospitales hay una “escuelita” para que los niños pasen el tiempo aprendiendo”

“Es bueno por que hace que los niños no se depriman y encuentren en que entretenerse”

“Esta bien por que conviven con otros niños y aprenden”

Familiares de niños internados en el INC

Había adolescentes que en ocasiones no querían participar en la actividad, ya fuera por malestares que se lo impedían, cansancio o por que no les agradaba, pero asistían a la “escuelita” para estar acompañados, platicar o ayudar ocasionalmente a algún compañero. También proponían actividades que ellos sabían hacer, nos explicaban primero a nosotras y después dábamos las indicaciones a los demás.

Los niños asistían a la “escuelita” por gusto y les motivaba que al salir pudieran enseñarle a otros las actividades que habían aprendido. Además logramos que no vieran tanto tiempo la televisión, llevamos una grabadora y cuando realizábamos las actividades poníamos música. El personal de enfermería ya no tenía que buscar a sus pacientes por todo el piso, sino que, acudían a la “escuelita”, pues ya sabían que los niños estaban ahí, podían realizar con mayor libertad sus otras actividades sin la preocupación de saber donde andaban los niños, incluso nos empezaron a llevar niños de los cuneros que eran muy inquietos.

Por otra parte, los niños que estaban en cama se les proporcionaba material para que realizarán la misma actividad que en la “escuelita” u otra que fuera

factible para ellos y los motivara, por que antes de que llegáramos, no hacían nada y casi no platicaban con sus compañeros. Después, los propios niños pedían material para llevárselo a los niños que estaban en cama, una de nosotras se dedicaba a llevar el material y explicar la actividad a estos niños, mientras la otra trabajaba con los que estaban en el aula. De vez en cuando organizábamos visitas para los niños que estaban en cama.

Había ocasiones que los enfermos que estaban en cama reñían con sus enfermeras por que no los dejaban ir a la “escuelita”, a veces ellas accedían y los llevaban en sillas de ruedas, aunque fuera solo por un momento, con cuidados extremos.

En lo que se refiere a los niños de nuevo ingreso, eran los que tenían más tendencia a aislarse, a los pequeños los atraíamos con las actividades, pero los mayores, que en ocasiones se resistían, los dejábamos que estuvieran solos hasta la hora de la cena, era cuando aprovechábamos para que fueran a la “escuelita” con el pretexto de que ahí era donde se servía la cena y que no se le podía llevar a su cuarto, para ello nos poníamos de acuerdo con las enfermeras para que apoyaran nuestro argumento.

Así los llevábamos al aula y los presentábamos con los demás internos, al terminar la cena les decíamos que ya no se podía ir de ahí, pues un vez que se entraba no se podía salir hasta que nos fuéramos, los otros niños nos seguían la corriente, después dejábamos entrever que había la posibilidad de que se fuera si resolvía un rompecabezas, aparentemente fácil de armar, por lo que aceptaba inmediatamente, después de un lapso de tiempo se desesperaba y sus compañeros comenzaban a ayudarle y le confirmaban que era casi imposible armarlo, pues solamente una enfermera, uno que otro niño y una de nosotras había logrado

armarlo por lo que se resignaba de momento a estar ahí y empezaba a relacionarse con sus compañeros y nosotras, esto se refleja en la entrevista cuando preguntamos que si la “escuelita les ayuda a relacionarse con los demás paciente:

“sí, porque las maestras hacen que les hablemos o ellas hacen que nos hablen a nosotros” D

“sí, por que ahí estamos todos juntos, nos acercamos más todos y platicamos” G

“si, aunque nosotros no queramos, las maestras nos dicen “háblale, háblale”... está bien, por que necesitamos que alguien nos motive y ellas nos dan esa motivación para no quedarnos en nuestro cuarto viendo la pared nada más” M

Los niños que tenían necesidades especiales (síndrome de Down, problemas de lenguaje, labio leporino, etc.) los tratábamos de integrar al grupo y sensibilizar a los demás niños, acerca de las necesidades especiales de sus compañeros, aunque su adaptación no se logró del todo debido a que no les podíamos poner la atención que requerían o en ocasiones no sabíamos que tenían una necesidad especial. En un caso nos enteramos hasta que aplicamos los cuestionario y a través de él, la mamá del niño nos hizo saber que su hijo tenía problemas de lenguaje y que se comunicaba por señas.

Cuando terminaba nuestro horario de servicio, la mayoría de los niños permanecían juntos, veían la televisión, se iban a un cuarto a platicar o planear travesuras que le harían al personal de enfermería, había ocasiones en que prácticamente nos teníamos que escapar porque no querían que nos fuéramos

De los problemas a los que nos enfrentamos, destacan la heterogeneidad del grupo con que trabajamos, así como la inestabilidad en la asistencia del grupo, provocada por los ingresos o egresos constantes e inesperados de los pacientes, las interrupciones en las sesiones por que debían ir a algún estudio, lo que modificaba

la dinámica del grupo y se tenían que hacer cambios en las actividades o en el tiempo requerido para ellas. Aparte de que no esperábamos trabajar con niños que presentaban discapacidades.

La cantidad de niños variaba según la época del año, en la temporada navideña la población es escasa, se quedan internados los pacientes que requieren seguimiento, estudios o cirugía urgente (se trabajaba con un máximo de diez niños), mientras en el resto del año, principalmente en vacaciones de Semana Santa y verano, aumentaba considerablemente (18 a 25 niños).

Por otro lado, no contábamos con la influencia del medio familiar y las actitudes de los parientes afectaban sobremanera la adaptación de los enfermos, ya fuera positiva o negativamente.

En lo que se refiere a nosotras, la adaptación al campo fue un poco difícil, solo teníamos contacto con el personal de enfermería del turno vespertino y algunas de las enfermeras ponían trabas para una buena comunicación, además obstaculizaban la relación de nosotras con los médicos. Asimismo, no esperábamos que el enfrentamiento con la muerte, vivido a través de los niños, nos fuera a impactar y desconcertar desmesuradamente, a pesar de que sabíamos que podría suceder durante nuestra estancia.

La primera muerte no nos afectó demasiado, pues sucedió cuando recién ingresamos al instituto, casi no conocíamos al niño. El segundo paciente falleció en enero, habíamos convivido con él cerca de un mes y medio, ésta fue una muerte que nos afectó demasiado, nos costó trabajo aceptarla e incluso tuvimos que hacer un gran esfuerzo para seguir trabajando normalmente, como sino hubiera pasado nada, frente a los demás niños.

Fue una experiencia muy dolorosa que nos concientizó del papel que jugábamos dentro del hospital, a no ver a la muerte como algo ajeno y separado de nuestro trabajo, a prepararnos para los fallecimientos posteriores. Con esto no queremos decir que no nos afectara, sino que simplemente si sucedía teníamos que aceptarla, superarla y seguir trabajando, elaborando más rápidamente el duelo, para que no afectara a los otros niños con los que estábamos trabajando.

Otro problema al que nos enfrentamos, fue alejarnos del campo y tomar distancia con los niños para que no les afectara demasiado nuestra salida, algunos padres nos cuestionaron acerca de la actitud que tomábamos con sus hijos que recientemente habían ingresado.

Durante la última semana llegaron otras prestadoras de servicio social y pensamos que esto favorecería nuestra partida, pero las actitudes que tomaron hacia nosotras y con los niños hicieron que los primeros días fueran de gran tensión: los niños no asistían a la “escuelita”, se quedaban en sus cuartos o nos buscaban, posteriormente asistían obligatoriamente o por petición de nosotras, pero no se sentían a gusto, ni motivados, así lo expresaron en las entrevistas cuando se les cuestionó sobre el funcionamiento de la “escuelita”:

“Es buena, depende de las maestras, porque por ejemplo, los sábados y domingos que no hay “escuelita” a uno se le hace eterno el día...entre semana vienen las maestras y te pones a hacer cosas, pero luego hay cada maestra que no sabe ni lo que hace aquí y eso no ayuda, creo que perjudica más, porque uno se aburre y estabas acostumbrada a algo y ya no” M

“Que hubiera mas ambiente.. que nos hicieran practicas para no aburrirnos, por que esas maestras que llegaron no se motivan ni ellas mismas y de lo contrario no nos motivan a nosotros” LG

Para finalizar este apartado, llegamos a la conclusión de que fue una experiencia muy enriquecedora, no solo como pedagogas, sino como seres humanos, el objetivo del programa se cumplió con la mayoría de los niños, gracias a las actividades realizadas, ya que el objetivo no se logró del todo con los niños con discapacidades, pues no contamos con los medios necesarios para integrarlos debidamente. Los logros del programa dependen en gran medida de la persona que los lleve a cabo.

5.3. Programa formativo - recreativo para niños cardiopatas hospitalizados

Presentación

El presente programa responde a las necesidades del niño cardiopata hospitalizado: de recrearse, así como adaptarse prontamente al centro hospitalario, favoreciendo su socialización y afectividad.

Las actividades del programa le ayudarán a olvidar un poco el estado físico y emocional en que se encuentran, al igual, los riesgos de la anestesia y la intervención quirúrgica, proporcionándole experiencias que le ayudarán en su formación como ser humano y al desarrollo de ciertas habilidades.

El programa pretende hacer un buen uso y aprovechamiento del material didáctico con que cuenta la institución, de igual manera del material reciclable obtenido de diferentes departamentos del hospital.

El programa se estructuró a partir de los datos arrojados por el diagnóstico pedagógico, tomándose en cuenta las necesidades y preferencias de los niños. El programa tiene la característica de ser flexible, ya que no cuenta con un seguimiento rígido de actividades, sino, por el contrario presenta un menú de actividades, el cual incluye una sugerencia de temas para adaptarse a las características del grupo con el que se trabaje en su momento.

Las actividades del programa se dividen en manualidades y juegos, dentro de los juegos consideramos algunas dinámicas de grupo, principalmente de presentación y cooperación.

El programa formativo - recreativo responde a los enfoques formativo y psicopedagógico de la Pedagogía Hospitalaria, busca el esparcimiento, la diversión, la amabilidad, el relajamiento de tensiones para no aburrirse, a través de la participación voluntaria y activa del enfermo, relacionándose con sus compañeros.

Objetivo General: Realizar actividades formativo - recreativas para la pronta adaptación al centro hospitalario, favoreciendo la socialización y la afectividad de los pacientes.

Objetivos Particulares:

- Disminuir el estrés y la ansiedad del niño ante la hospitalización, los tratamientos médicos, estudios y/o cirugía.
- Ayudar a la socialización y afectividad del enfermo a través del juego:
 - a) Establecer vínculos de empatía y comunicación con sus compañeros y el personal sanitario.
 - b) Promover una rápida adaptación al centro hospitalario y buscar cierta independencia.
- Ayudar a la socialización y afectividad del enfermo a través de las manualidades:
 - a) Busca la cooperación en la elaboración de trabajos individuales y/o en conjunto.
 - b) Busca la participación voluntaria de los niños en actividades creativas donde plasmen sus ideas, sentimientos y desarrollen su imaginación, destreza y habilidades intelectuales y motrices.
 - c) Confeccionar objetos útiles con la ayuda de materiales sobrantes y así promover la recreación de los infantes.

Metodología

Las actividades (manualidades y juegos) pueden ser realizadas por niños de diferente edad. Los niños más pequeños puede apoyarse en otros compañeros o en el pedagogo para realizar las manualidades. También se pueden hacer grupos con niños de diferentes edades y realizar una sola actividad. Las actividades manuales se dividieron en individuales y grupales.

Las actividades individuales una vez terminadas pueden servir para llevar a cabo una actividad grupal, como se menciona en las sugerencias de cada actividad . Todas las manualidades tienen el tipo de actividad (percepción, construcción, sensoriomotriz, afectivo, verbal) y aspecto (creativo, físico, estético, social y emocional) que desarrolla, como ya se menciona en el capítulo tres.

Los juegos presentan en su formato la metodología y estrategias didácticas a seguir de acuerdo a sus tipos: representación, expresión vocal y gesticular, y juegos intelectuales.

Los juegos de representación social desarrollan actividades de improvisación y expresión espontánea del niño, lo ayudan en su expresión corporal, percepción verbal, sensoriomotriz, afectiva y el aspecto creativo, físico, emocional, social y estético del niño. Entre estos juegos se encuentran los juegos de pantomima, escenificación, etc

Los juegos de ritmo, expresión vocal y gesticular ayudan a desarrollar la coordinación del individuo, ya que requiere de movimientos variados, lo ayudan en su percepción, expresión verbal., físico, estético, sensoriomotriz y afectivo. Entre estos juegos se encuentran los cantos, las danzas, etc.

Los juegos intelectuales ayudan a desarrollar la lógica inductiva y deductiva, memoria, estrategia, pensamiento creativo, concentración, análisis, atención y toma de decisiones. Entre estos juegos se encuentran los juegos de azar, cálculo, mentales, lógica, etc.

El tiempo de la duración de cada actividad es un promedio de lo que tardan en realizarla la mayoría de los niños, depende de su motivación, ingenio, creatividad, etc. .La utilidad de la manualidad puede variar, según la edad de cada niño. El material necesario para cada actividad se puede conseguir dentro del instituto y se pueden sustituir algunos materiales por otros como se indican en las sugerencias.

Estrategias didácticas

El pedagogo, antes de iniciar la sesión de trabajo, debe hacer una visita a todos los cuartos de los enfermos para presentarse y así tener un primer contacto con los niños, conocer el tipo de población (edad, sexo, etc.), esto le servirá para elegir una actividad acorde a sus características. Con base en ello revisará el expediente de cada enfermo que haya ingresado en ese día para conocer sus características socioculturales (lugar de procedencia, status socioeconómico, antecedentes de internamiento, escolaridad, estructura familiar de familia, etc.) y así posteriormente poder entablar una relación más estrecha e integrarlo al grupo.

El pedagogo debe formar parte del grupo, no debe de forzar la situación de trabajo, ni obligar a acudir a la “escuelita” u obligar al niño hacer actividades que no le agraden. Además tiene como tarea integrar a todos los enfermos para que mantengan una buena comunicación y relación, para ello debe brindarles un clima de confianza y amistad principalmente.

Con los niños que tiene disposición de trabajar, el pedagogo debe de colaborar en motivar y sensibilizarlos, entablando con ellos un diálogo para argumentar y convencerlos de las oportunidades que les brinda el relacionarse con otros niños y realizar actividades que le ayuden desarrollarse emocional, social e intelectualmente.

Cuando los niños no quieran participar en las actividades del grupo por ser de nuevo ingreso (principalmente adolescentes), se les debe dejar solos las primeras, si así lo desea, para que asimile la separación familiar y su internamiento o se puede entablar una platica personal para darle confianza, utilizando los datos que se obtuvieron del expediente.

Posteriormente, a la hora de la comida o cena (según la hora de su ingreso) se le indica (sin darle otra opción) que tiene que tomar sus alimentos en la “escuelita”, donde estarán todos sus compañeros. Es en este momento cuando el pedagogo debe presentarlo ante los demás, tratar de que el niño encuentre algún compañero, procurar sentarlo cerca de alguien con quien tenga características afines a él (sea más o menos de la misma edad, gustos similares, etc.) o sentarlo cerca de algún niño al que pueda ayudar.

Después de terminar sus alimentos debe de iniciarse una actividad que pueda realizar con el grupo y le agrade al niño o una actividad individual para que permanezca dentro del aula y pueda relacionarse con sus compañeros. Esta actividad debe ser planteada a manera de reto, es decir, alguna actividad que parezca fácil, pero que en realidad le lleve tiempo y de esta manera empezar a relacionarse con sus compañeros.

Los niños que tienen que estar en su cuarto, el pedagogo puede visitarlo sólo u organizar visitas acompañado con los demás enfermos, para que le enseñen y obsequien sus trabajos o elaboren con él diversas actividades. También debe brindarle material didáctico, instrucciones y motivarlo para que realice alguna actividad, de ser posible la misma actividad que se realiza en la “escuelita”, de esta manera habrá cierta cercanía a pesar de estar separados físicamente. Y evitar el aislamiento.

En las actividades, el pedagogo debe ser un facilitador del material, un guía y no imponer una sola manera de hacer el trabajo. Organiza al grupo para que los pequeños que tengan alguna dificultad para elaborar la actividad puedan recibir ayuda de otros compañeros.

El pedagogo debe alternar las actividades manuales con las de juego, es decir, no encajonarse en un solo tipo de actividad.

Evaluación

La evaluación de las actividades debe ser flexible, ya que en ocasiones los niños se ven afectados por el cansancio o malestares propios de su enfermedad que les impiden realizar por completo las trabajos, los cuales se deben valorar en la medida en que los niños participan, es decir:

- El interés del niño por la actividad a través de la observación en un primer momento y posteriormente en la interacción con los materiales o juegos para integrarse a la actividad.
- Si el niño termina la actividad, permanece y asiste regularmente a la “escuelita”. En el caso de que se encuentre en cama si sigue pidiendo que

se le lleve material para seguir elaborando los trabajos o en dado momento asistir por un momento a la “escuelita”

- Si el niño transforma la manualidad o el juego que se lleve a cabo, para expresar y desarrollar su creatividad, dándole una nueva forma o sentido a la actividad.
- El uso o utilidad que se le da a la actividad, es decir, en el caso de los juegos si los repite en otro momento, con otros compañeros y en el caso de las manualidades si las regala, las utiliza como parte de otro juego o enseña a otros compañeros a elaborarlas.

MANUALIDADES

ACTIVIDADES

INDIVIDUALES

Trenecito

Esta actividad de construcción y percepción favorece le aspecto físico y creativo.

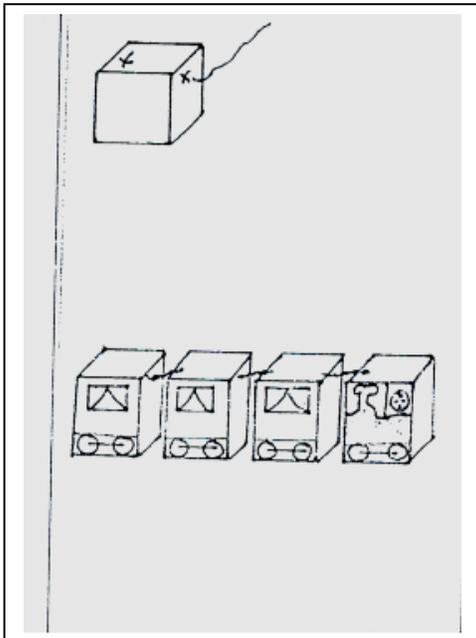
DURACIÓN: 60 a 90 min.

UTILIDAD: juguete, adorno

MATERIAL

Cuatro cajas de cartón pequeñas y del mismo tamaño

Cuerda o hilo, colores y tijeras.



PROCEDIMIENTO:

1. Las cajitas se enganchan con el hilo, unas con otras, haciéndoles agujeros con la punta de las tijeras en la parte delantera y trasera, de modo que se forme un tren.
2. Se tienen que hacer nudos grandes y bien apretados en las puntas de cada troza de hilo, después de haber enhebrado éste.
3. En la primera caja dibuja elementos o piezas de una locomotora que sean más conocidas. En los costados de las otras cajas dibuja elementos como: rueda de vagones, ventanas, niños, etc.

SUGERENCIAS:

Se puede hacer una pequeña escenografía con dibujos en cartulina y jugar entre varios niños, después de haber concluido la actividad.

Lapicero 1

Actividad de construcción, percepción, desarrolla el aspecto creativo , físico y estético.

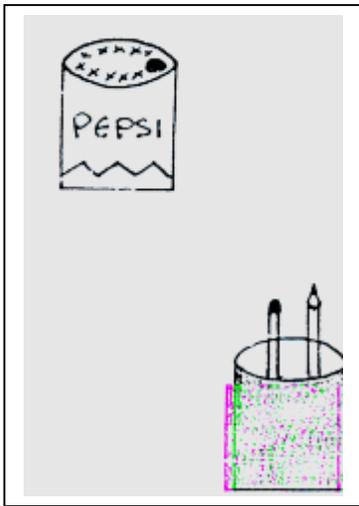
DURACIÓN: 45 min.

UTILIDAD: Portalápices

MATERIAL:

Lata de refresco.

Lija, pintura y abrelatas.



PROCEDIMIENTO:

1. La parte superior de la lata se abre con el abrelatas, se lija.
2. Se pinta para poderlo arreglar.

SUGERENCIAS:

Si se prefiere se puede dejar sin lijar o con un poco de color.

Al bote en vez de lijarlo, se le puede pegar listón, estambre, o retazos de tela.

Lapicero 2

Actividad de construcción, percepción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

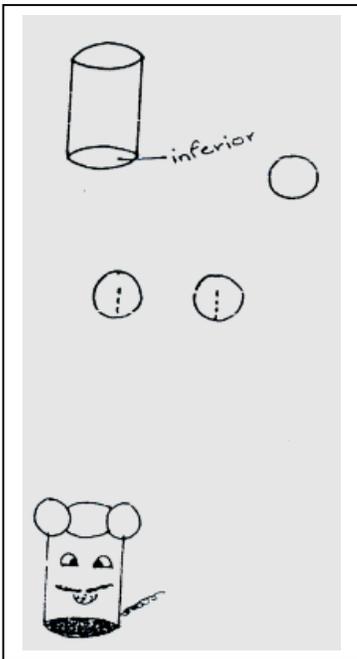
DURACIÓN: 60 min.

UTILIDAD: Portalápices

MATERIAL:

Rollos de cartón (papel higiénico).

Estambre, cartulina de colores, pegamento y pintura.



PROCEDIMIENTO:

1. Se pinte el rollo de cartón del color que se prefiera.
2. Se elaboran 3 círculos de cartulina, uno para tapar la parte inferior del rollo. A los otros dos círculos se les corta un radio para atorarlos en la parte superior del rollo y simular las orejas.
3. Los ojos, la boca se dibujan y los bigotes y la cola se hacen con estambre, pegándolos en los costados del papel.

SUGERENCIAS:

El bote también se puede forrar con diferentes papeles.

Se pueden hacer otros animales como: gato, perro, etc.

Aparador hecho con cajas de cerillos

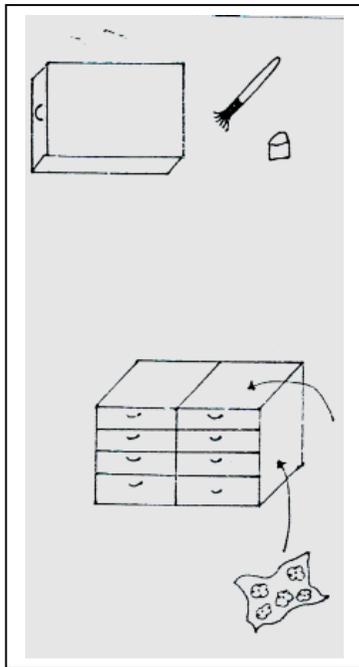
Actividad de percepción, construcción, desarrolla el aspecto creativo , físico y estético.

DURACIÓN: 60 min.

UTILIDAD: Caja para guardar objetos pequeños

MATERIAL

Cajas de cerillos vacías, alfileres, pegamento, tela y pintura.



PROCEDIMIENTO:

1. Se pintan las cajas de cerillos con pintura.
2. Posteriormente se pegan, formando dos filas con cuatro cajas de cerillos cada una.
3. Una vez habiendo hecho las dos filas se pegan por los costados con pegamento.
4. Después en los costados y en la parte superior del aparador se les pega tela.

SUGERENCIAS:

Se le puede pegar papel de colores en lugar de tela.

| Prendedor de muñequito | |
|---|--|
| Actividad de percepción, construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético. | |
| DURACIÓN: 45 min. | UTILIDAD: Broche para ropa |
| MATERIAL | |
| Estambre, cartón, tijeras, seguro e hilo. | |
| | <p>PROCEDIMIENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empezaremos por devanar el hilo alrededor de un trozo de cartón de unos 9 cm.² Seguiremos devanando hasta que el hilo haya alcanzado un espesor aproximadamente de 6mm. 2. Entonces ataremos su parte superior con un pequeño cabo de hilo y cortaremos el devanado por la parte inferior dejándolo abierto. 3. A unos 2.5 cm por debajo de la parte superior del devanado ataremos este con otro trocito de hilo para formar la cabeza y el cuello. 4. Luego seguiremos dando forma de muñeco al devanado, cortando hebras por sus dos costados para hacer brazos. |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">5. Un poco más abajo cortaremos algunas hebras para formar la falda, pero teniendo en cuenta que todavía debemos dejar hebras de la longitud suficiente para formar las piernas.6. Ataremos el devanado a la altura de la cintura, con lo que el muñeco quedará casi terminado.7. Trenzaremos las hebras que han de formar los brazos y las piernas y ataremos trocitos de hilo a las muñecas y tobillos para que no se deshagan. Después de enganchar un seguro en la parte de la espalda, así prendemos el muñeco a la ropa. |
| <p>SUGERENCIAS:</p> <p>El seguro se puede sustituir por un broche para el cabello.</p> | |

Zumbador

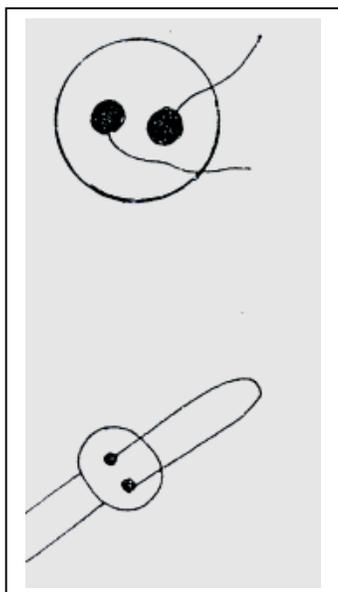
Actividad de percepción y construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 10 min.

UTILIDAD: juguete

MATERIAL

Botón grande con dos agujeros, aproximadamente 1.5 m de hilo.



PROCEDIMIENTO:

1. Primero se pasa el hilo por un agujero del botón, después lo introducimos al otro agujero en la dirección opuesta.
2. Luego ataremos las dos puntas y correremos el botón hasta dejarlo situado en la parte media del cordel.
3. Sujetaremos con el dedo medio de cada mano un extremo del hilo. Luego con las manos separadas y el cordel un poco tirante haremos girar el botón unas quince o veinte veces, retorciendo el hilo.
4. Seguidamente y mientras seguimos sujetando los extremos del hilo, iremos juntando lentamente las manos y separándolas, así el botón producirá un zumbido al aumentar la velocidad.

SUGERENCIAS:

Pueden hacerse competencias entre los niños, ganará el que dure más zumbando el botón.

Collar

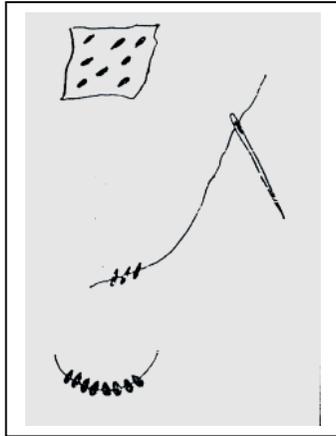
Actividad de percepción y construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 20 min.

UTILIDAD: adorno

MATERIAL

Semillas de sandía, hilo y agujas.



PROCEDIMIENTO:

1. Las pepitas de la sandía se lavan y se ponen a secar encima de un papel absorbente.
2. Después de enhebrar una aguja con hilo fuerte, atraviesa con ella las pepitas una por una.
3. Cuando el collar haya alcanzado la longitud suficiente, une los dos extremos del hilo con un nudo.

SUGERENCIAS:

Cuando las semillas están todavía blandas y frescas son fáciles de ensartar, tendrán que utilizarlas tan pronto como se hayan secado de lavarlas.

Se pueden hacer pulseras, utilizar hilo transparente y unos broches para collar.

Muñeco descartado

Actividad de construcción, percepción, sensoriomotrices, verbales y afectivos, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

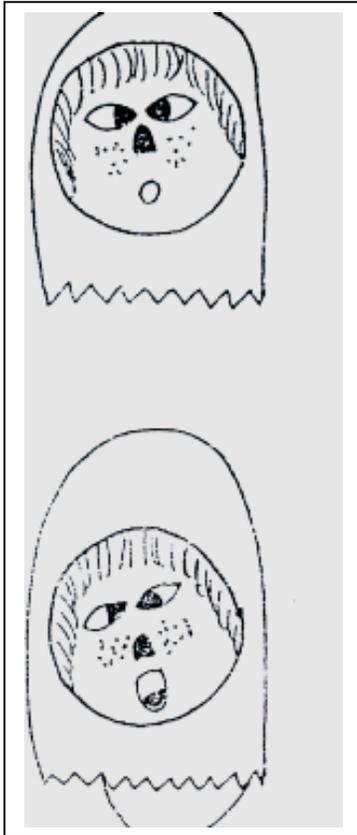
DURACIÓN: 40 min.

UTILIDAD: Juguete

MATERIAL

Una bolsa de papel sin dibujos, ni adornos.

Colores.



PROCEDIMIENTO:

1. Sobre la superficie de la bolsa de papel, dibuja la cara redonda del muñeco. Hazle los ojos, la nariz, el pelo y luego salpícale de pecas toda la nariz.
2. En el sitio de la boca, recorta un redondel suficientemente grande para que por él pueda pasar tu dedo pulgar y luego haz otro agujero en el sitio de la nariz.
3. Mete la mano en el interior de la bolsa, saca por el agujero de la nariz tu dedo índice y por el de la boca tu pulgar para formar la lengua.

SUGERENCIAS:

Puedes pintar tu pulgar de color rojo para que se parezca más a una lengua.

El pelo lo puedes hacer con estambre.

Se puede hacer teatro con diferentes muñecos.

Impresión por frotamiento

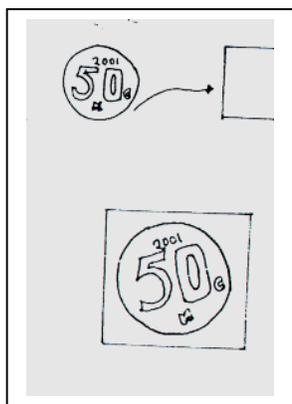
Actividad de construcción, percepción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 10 min.

UTILIDAD: cuadros y forros

MATERIAL

Hojas de papel, colores, cinta adhesiva, monedas, hojas de plantas.



PROCEDIMIENTO:

1. Colocar una moneda u hoja de planta sobre una hoja de papel y fijarla con cinta adhesiva para que no se mueva.
2. Dar la vuelta al papel y frotarlo con el lápiz o color por toda el área que lo cubre. El dibujo de la moneda u hoja aparece en pocos minutos.

SUGERENCIAS:

Se pueden reproducir también objetos naturales, como hojas, flores, texturas de madera o cualquier superficie adecuada para esto.

Los niños pueden salir a buscar dentro del piso, superficies que se puedan reproducir y adivinar de que se trata.

También puede utilizarse cera de zapatos de diferentes colores.

Tarjeta navideña

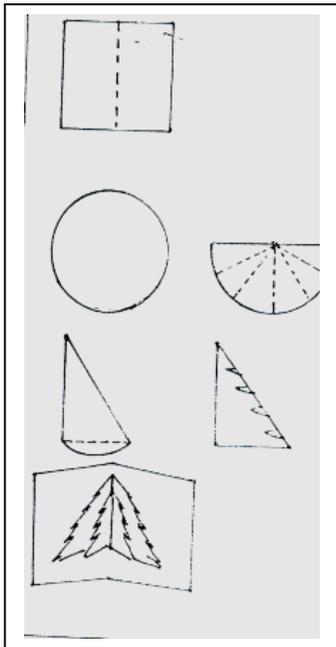
Actividad de percepción, construcción, verbal y afectiva. Desarrolla el aspecto creativo, físico, emocional y estético.

DURACIÓN: 30 min.

UTILIDAD: Regalo

MATERIAL

Hojas de colores, tijeras, pegamento, lápiz.



PROCEDIMIENTO:

1. Se dobla la hoja por la mitad y para el interior de la hoja se forma un árbol tridimensional que se despliega al abrirla.
2. Se traza sobre una hoja de color verde un círculo de 12cm de radio. Córtele por la mitad y dóblelo, como puede verse en la figura.
3. Corte el contorno del círculo haciéndolo recto, haga unas cuantas muescas decrecientes hacia la punta en el papel y pegue las dos superficies triangulares de esta figura exactamente sobre el centro de la tarjeta doble. Posteriormente se pega en el interior de la hoja.

SUGERENCIAS:

Se puede colorear alrededor del árbol poner otros arbolitos.

Impresión dactilar

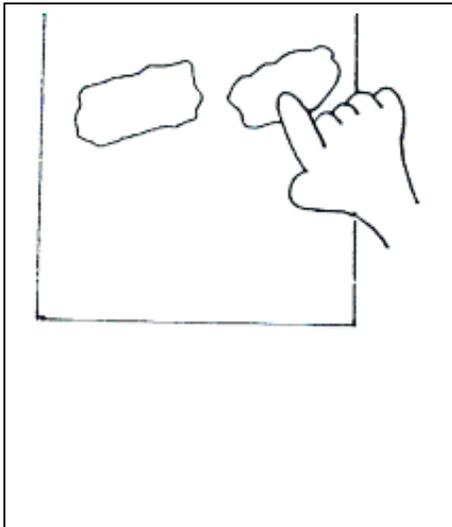
Actividad de percepción y construcción , desarrolla el aspecto creativo, físico, social y estético.

DURACIÓN: 30 min.

UTILIDAD: dibujo

MATERIAL

Tinta de colores, hojas.



PROCEDIMIENTO:

1. Se untan las palmas de las manos o pies con tinta y se hacen impresiones sobre las hojas, dándoles formas de animales, paisajes, etc.

SUGERENCIAS:

Se puede hacer un dibujo en equipo.

Corazón trenzado

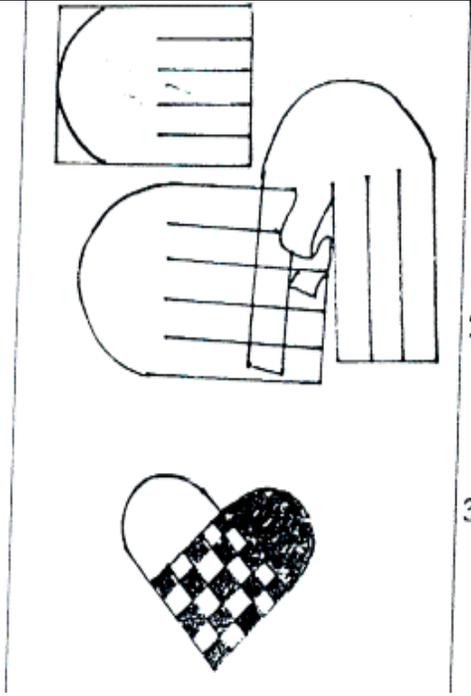
Actividad de construcción, percepción y verbal, desarrolla el aspecto creativo, físico, emocional y estético.

DURACIÓN: 45 min.

UTILIDAD: tarjeta, sobre

MATERIAL

Hojas de colores, pegamento, tijeras, regla, compás.



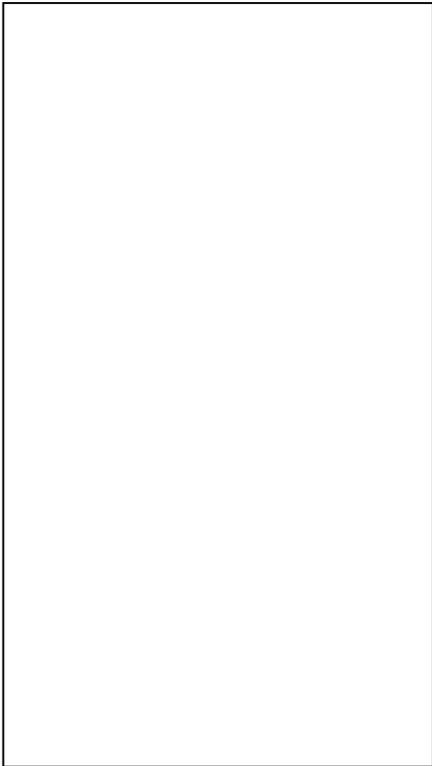
PROCEDIMIENTO:

1. Se hace un cuadrado, pero en uno de sus lados se cierra con un semicírculo. La longitud del cuadrado es aproximadamente de 5 a 8 cm.
2. Dibuje de una sola vez una gran cantidad de estas formas ya que necesita dos piezas por corazón.
3. Se cortan cinco tiras del mismo tamaño como se muestra en el dibujo, posteriormente se entrelazan formando un corazón.

SUGERENCIAS:

Se pueden combinar varios colores de papel y tamaños de corazones.

Las tiras en que se corta el corazón para hacer el mosaico pueden tener diferentes anchos.

| Santa Claus | |
|--|--|
| Actividad de percepción y construcción, sensoriomotriz y verbal, desarrolla el aspecto creativo, físico y emocional. | |
| DURACIÓN: 60 min. | UTILIDAD: adorno |
| MATERIAL | |
| Cartulina o cartoncillo, algodón, colores, pegamento, tijeras, hojas. | |
|  | PROCEDIMIENTO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se copia el Santa Claus en una hoja blanca y se pega en la cartulina, se recorta. 2. Se unen las partes con pegamento formando el cuerpo. 3. Se colorea, la barba, las partes blancas del gorro, pantalones y abrigo se rellenan con algodón. |
| SUGERENCIAS: | |
| <p>Se pueden unir las partes del cuerpo con broches para que tengan movimiento.</p> <p>Se pueden hacer otros muñecos alusivos a otras fechas importantes</p> <p>Se pueden hacer representaciones teatrales utilizando los muñecos.</p> | |

OJOS DE DIOS

Actividad de percepción, construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

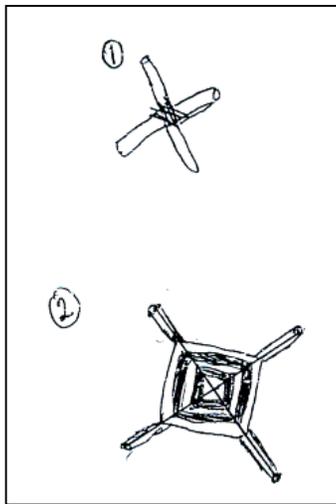
DURACIÓN: 90 min.

UTILIDAD: adorno

MATERIAL

Palitos de madera.

Hilos o estambres de colores.



PROCEDIMIENTO:

1. Se hace una cruz con dos palitos de madera del mismo tamaño, de unos 10 cm. aproximadamente.
2. Se empieza enredar el estambre en el centro de la cruz y cada vez que se llega a un palito se le da una vuelta. Se pueden utilizar varios colores en cada cuadro.

SUGERENCIAS:

Los cuadros se pueden hacer de diferentes tamaños

FLORERO Y FLORES

Actividad de percepción, construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 2 días

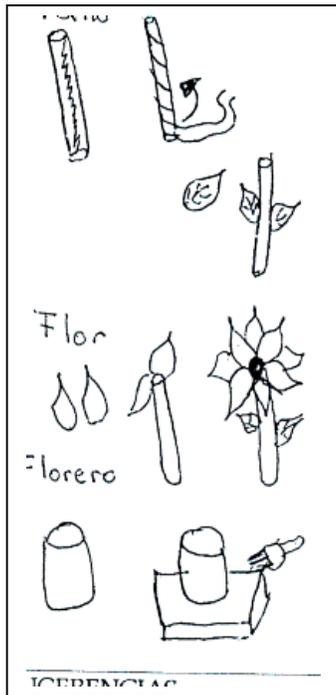
UTILIDAD: adorno

MATERIAL

Papel crepé de diferentes colores.

Popotes, tijeras, pegamento, pintura

Cuadrado de unicel (10cm.), cilindro de cartón.



PROCEDIMIENTO:

Tallo

1. El popote se corta en forma de bucle.
2. Se pega en un extremo una tira de papel crepé verde y se va enredando a lo largo del popote.
3. Se recortan hojas y se le pegan al tallo.

Flor

1. Se corta el papel crepé en forma de pétalos.
2. Se van pegando al extremo del tallo y en el centro se pega un círculo de papel.

Florero

1. Se pega el cilindro de cartón en el cuadro de unicel.
2. Cuando esté seco se pinta del color deseado.

SUGERENCIAS:

Los pétalos pueden tener diferentes formas.

Se pueden hacer flores de varios colores.

| | |
|--|---|
| CASITA | |
| Actividad de construcción, percepción, y afectiva, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético. | |
| DURACIÓN: 120 min. | UTILIDAD: caja para guardar objetos |
| MATERIAL | |
| Caja de cartón o botes de leche o jugo. | |
| Regla, tijeras, cúter, pegamento. | |
| Pintura, tela, papel crepé, palitos de madera. | |
| | <p>PROCEDIMIENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La caja de cartón se corta en forma de triángulo en la parte superior. Si son botes de leche y jugo, se unen por un costado y se cortan en diagonal cada uno, para formar el triángulo. 2. Los botes o caja se forran o pintan. 3. En la parte superior se pega un palito (en la punta del triángulo) con rectángulo de tela, si son botes, se pega el rectángulo de tela en medio de los botes. 4. Sobre la tela se pegan palitos de madera para formar el techo. |

| | |
|--|--|
| | <p>5. Para hacer una(s) ventana(s) y la puerta se pueden dibujar o hacer con palitos de madera y después pintar.</p> <p>6. Con el papel crepé se puede hacer pasto y pegar alrededor de la casa y hacer flores pequeñas.</p> |
|--|--|

SUGERENCIAS:

La casita se puede forrar con tela y se pueden ocupar otros materiales, esto depende de la imaginación de cada niño.

ACTIVIDADES

GRUPALES

Juguete para lanzamiento de anillas

Actividad de construcción, percepción y sensoriomotriz, ayuda al aspecto creativo y físico

DURACIÓN: 70 min.

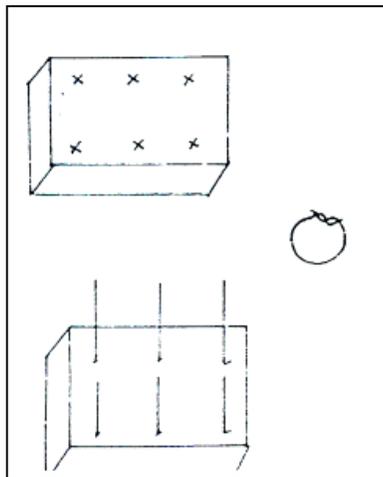
UTILIDAD: Juego

MATERIAL:

Caja de zapatos grande.

Tijeras, alambre.

palitos de madera planos.



PROCEDIMIENTO:

1. Sobre la tapa de la caja de cartón, abrir seis hendiduras para poder fijar firmemente seis palitos de madera en posición vertical.
2. Los anillos se elaboran con el alambre, formando un círculo.

SUGERENCIAS:

Puedes forrar los anillos con estambre de colores y darles diferente valor.

Para jugar se traza una línea de tiro a una distancia de 1.85 m. o más y luego lanzarás los seis anillos. Se suma los tantos que se van haciendo. Se puede jugar por turnos.

Cuadros pintados con esponja

Actividad de construcción, percepción y afectiva, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 60 min.

UTILIDAD: adorno

MATERIAL

Esponja, cartulina, pinturas.



PROCEDIMIENTO:

1. Se hace un diseño a lápiz de lo que se va a pintar.
2. Se toma la esponja y se empapa del color deseado. Aprieta ligeramente la esponja contra el papel para hacer impresiones en forma de estampados, deberán hacerse dentro de los límites del diseño.

SUGERENCIAS:

Si dispones de varias esponjas, utiliza una para cada color.

Se pueden pintar diversos dibujos, animales, casas, etc.

| PAPEL MACHÉ | |
|---|--|
| Actividad de percepción, construcción, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético. | |
| DURACIÓN: 3 días | UTILIDAD: alcancía, piñata o lapicero. |
| MATERIAL | |
| Periódico, globos, alambre. Cartón (huevo), tubos de cartón. Pegamento, pintura o papel de color. | |
| | <p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>1. Se infla un globo y se le pegan tiras de papel humedecidas en engrudo. Esta operación se realiza de 7 a 10 según sea el caso y se deja secar hasta que esté suficientemente dura.</p> <p><i>Elefante.</i> Se le colocan 4 patas con cilindros de cartón y se fijan con pestañas hechas al mismo. Las orejas se hacen con cartón, la trompa se elabora con un pedazo de papel enrollándole tiras de papel periódico con engrudo.</p> <p><i>Cochino.</i> Las patas se realiza con 4 conos de cartón de huevo, rellenándolas con el mismo cartón. Las orejas se elaboran con otro cono, cortándolo por la mitad y la cola recortando un cono en forma circular. El hocico se hace con un cilindro de cartón, se pega con pestañas y se tapa</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>con cartulina por el lado contrario.</p> <p>Pollito. El globo forrado con periódico debe tener forma de pera, la parte ancha hacia abajo. Ahí se le pegan dos alambres y se forran con periódico y engrudo, las palmas son moldeadas con masa. El pico se elabora con cartulina o cartón.</p> <p>2. Después de terminar las figuras y que estén completamente secas, se pintan o se les pega papel de colores. Los ojos se pintan o se pegan ya comprados.</p> <p>3. Si se quieren hacer alcancías se hace una ranura en la parte superior, si son lapiceros se hacen varias perforaciones, antes de pintarlos. Las piñatas necesitan más capas.</p> |
| <p>SUGERENCIAS:</p> <p>Las piñatas pueden tener otras formas como: payasos, estrellas, verduras, flores, etc. Estas se elaboran con papel de china.</p> <p>Con el papel maché se pueden hacer esculturas, muñecos decorativos, máscaras, cajas (rectangulares, cilindros), etc.</p> | |

MURAL

Actividad de percepción, construcción, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 3 a 5 días

UTILIDAD: Adorno

MATERIAL

Papeles de todos tipos y colores.

Pinturas de colores, pinceles, tijeras, colores.

Materiales como cartón, cascarón, unicel, palitos de madera, algodón, tela, etc.



PROCEDIMIENTO:

1. Tener claro el tema a expresar.
2. Elaborar un boceto en pequeño de lo que se piensa realizar. El tema se puede escoger de alguna fecha conmemorativa, algún acontecimiento dentro del instituto, temas importantes para los niños, etc.
3. En esta actividad, cada uno de los niños, de forma individual, en equipo o ambos, realizarán una parte del mural, dependiendo de sus habilidades y edad, además de los usos que le puedan dar a los diferentes materiales.
4. La coordinadora de grupo debe ser la guía en el procedimiento del mural.

SUGERENCIAS:

El mural se puede cambiar cada mes (aproximadamente), aprovechando fechas conmemorativas como:

ENERO: Año nuevo, reyes magos, día de la enfermera.

FEBRERO: Día del amor y la amistad, día de la bandera, aniversario de la Constitución de 1917.

MARZO: Primavera, expropiación petrolera, natalicio de Benito Juárez, día Internacional de la Mujer.

ABRIL: Día del niño.

MAYO: Día del trabajo, la madre, del maestro.

JUNIO: Verano, día del padre, día mundial del medio ambiente.

SEPTIEMBRE: Fiestas patrias.

OCTUBRE: Día de la raza.

NOVIEMBRE: aniversario de la Revolución Mexicana, día de muertos.

DICIEMBRE: Fiestas navideñas

A partir de estos temas se pueden derivar otros que puedan encajar según las estaciones del año, paisajes de lugares (el mar, campo, montañas, etc.)

COLLAGE

Actividad de construcción, percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

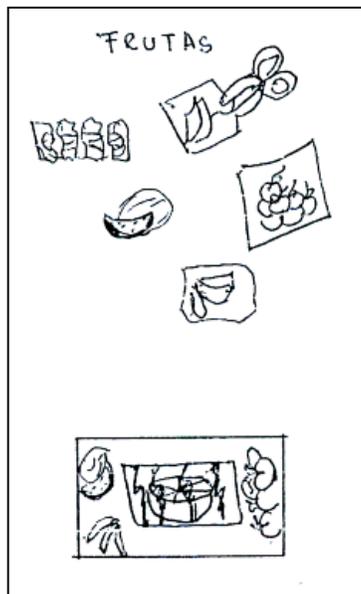
DURACIÓN: 60 MIN.

UTILIDAD: ornamento

MATERIAL

Papeles de todos tipos y colores.

Revistas, periódicos, tijeras, pegamento.



PROCEDIMIENTO:

1. Se escoge un tema a desarrollar.
2. Se desgarra o recortan papeles o imágenes.
Los papeles rasgados o recortados en forma de figuras o dibujos.
3. Se aplica el papel, es decir, se busca la manera más apropiada de aplicar los recortes.
4. Se pegan los recortes o rasgados.

SUGERENCIAS:

El collage se puede elaborar con otros materiales como tela, estambre, etc.

FLORERO Y FLORES

Actividad de percepción, construcción, desarrolla el aspecto creativo, físico y estético.

DURACIÓN: 2 días

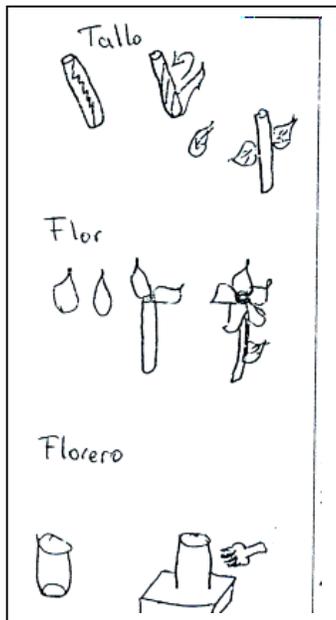
UTILIDAD: adorno

MATERIAL

Papel crepé de diferentes colores.

Popotes, tijeras, pegamento, pintura.

Cuadrado de unicel (10cm.), cilindro de cartón.



PROCEDIMIENTO:

Tallo

1. El popote se corta en forma de bucle.
2. Se pega en un extremo una tira de papel crepé verde y se va enredando a lo largo del popote.
3. Se recortan hojas y se le pegan al tallo.

Flor

1. Se corta el papel crepé en forma de pétalos.
2. Se van pegando al extremo del tallo y en el centro se pega un círculo de papel.

Florero

1. Se pega el cilindro de cartón en el cuadro de unicel.

Cuando esté seco se pinta del color deseado.

SUGERENCIAS:

Los pétalos pueden tener diferentes formas.

Se pueden hacer flores de varios colores.

| | |
|--|--|
| CASITA | |
| Actividad de construcción, percepción, y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético. | |
| DURACIÓN: 120 min. | UTILIDAD: caja para guardar objetos |
| MATERIAL | |
| Caja de cartón o botes de leche o jugo. Regla, tijeras, cúter, pegamento. Pintura, tela, papel crepé, palitos de madera. | |
| | <p>PROCEDIMIENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La caja de cartón se corta en forma de triángulo en la parte superior. Si son botes de leche y jugo, se unen por un costado y se cortan en diagonal cada uno, para formar el triángulo. 2. Los botes o caja se forran o pintan. 3. En la parte superior se pega un palito (en la punta del triángulo) con rectángulo de tela, si son botes , se pega el rectángulo de tela en medio de los botes. 4. Sobre la tela se pegan palitos de madera para formar el techo. |

| | |
|---|---|
| | <ol style="list-style-type: none">5. Para hacer una(s) ventana (s) y la puerta se pueden dibujar o hacer con palitos de madera y después pintar.6. Con el papel crepé se puede hacer pasto y pegar alrededor de la casa y hacer flores pequeñas. |
| <p>SUGERENCIAS:</p> <p>La casita se puede forrar con tela y se pueden ocupar otros materiales, esto depende de la imaginación de cada niño.</p> | |

JUEGOS

**JUEGOS DE
REPRESENTACIÓN
SOCIAL**

El retrato

Actividad de percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto social, emocional y estético.

DURACIÓN: INDEFINIDA

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: ninguno.

DESARROLLO:

- Para el niño nombrado detective: descubrir al compañero de clase elegido por los demás mientras el está ausente.
- Para el grupo: no contestar si o no, sino una frase repetitiva, afirmativa o negativa, ejemplo: el detective: - ¿Tiene botas?, el grupo: sí tiene botas.
- Entre los niños que se ofrezcan voluntarios, designar al niño que ha de descubrir al que designe al grupo.
- Cuando se ha nombrado al "detective", este sale del aula mientras los compañeros designan al que debe ser descubierto. (Puede hacerse por sorteo, por elección o por turno).
- El grupo llama al "detective".
- El "detective" hace preguntas al grupo orientadas a conseguir indicios que le ayuden a descubrir al elegido.
- El grupo debe responder con frases completas.
- Cuando cree haberlo reconocido dice el nombre.
- Solo tiene derecho a tres respuestas. Si, tras esas tres respuestas, no logra reconocer al niño elegido, debe recibir una sanción impuesta por el grupo.
- El jugador gana cuando responde con exactitud.

¿Sí o no?

Actividad de percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto social, emocional y estético.

DURACIÓN: INDEFINIDA

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: - Al principio un recipiente (caja, cesto, bolsa), y objetos para ocultar. Más tarde se puede prescindir de todo material y el objeto puede ser un personaje real o imaginario conocido por los jugadores.

DESARROLLO:

- El moderador piensa u oculta un objeto.
- Los jugadores hacen preguntas con el fin de identificarlo.
- Las preguntas pueden hacerse con libertad, o estar sometidas a un formulismo. (Ejemplo: deben empezar todas con interrogación).
- El moderador solo debe de contestar si o no. No puede dar ninguna pista a los jugadores.
- Si un jugador dice un nombre y no lo es, puede recibir una sanción.
- El primero que descubra el nombre del objeto o del personaje gana el juego.

EL PERIODISTA

Actividad de percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 15 a 20 min.

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: ninguno

DESARROLLO:

- Se anuncia al grupo la necesidad de conocerse antes de empezar a trabajar. Para esto se les propone a todos los participantes ser periodistas durante cinco minutos, debiendo entrevistar a la mayor cantidad de compañeros posibles en ese tiempo.
- El periodista les pregunta a los entrevistados los datos que sean de su interés. Esto crea un clima de movilización general en el curso en el que todos rápidamente intentan contactarse con otros para recabar datos.
- Pasados los cinco minutos, los que han hecho de periodistas le dan a la clase los datos recogidos en la entrevista.
- El moderador realiza un comentario sobre la misma.
- El juego puede variar en el momento de exponer los datos de la entrevista. El entrevistador deberá actuar con movimientos, y no decir, lo que le contestó el entrevistado.

QUAL ES MI CARA

Actividad de percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto social, emocional y estético.

DURACIÓN: 10 a 15 min.

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: caras gráficas con distintas expresiones en cartulina, cartón o papel.

DESARROLLO:

- El moderador reparte las caras a los alumnos y les da la siguiente consigna: Observen las caras que he repartido y elijan con que cara han venido hoy a trabajar. Según el número de alumnos puede hacerse de manera individual o grupal. Aquí la consigna sería la cara que represente mejor al grupo. El docente o el moderador puede también elegir con que cara va a comenzar el día.
- Cada uno en voz alta da a conocer su elección y explica por que. A raíz de las mismas se entabla un diálogo conducido por el docente acerca de sus emociones. Las respuestas de los alumnos dan lugar a una reflexión.

DE FRENTE Y DE ESPALDA

Actividad de percepción, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto social, emocional y estético.

DURACIÓN: 20 min.

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: ninguno

DESARROLLO:

- Se solicitan dos alumnos voluntarios que pasen al frente. Se sientan de espaldas con espaldas y se les indica que conversen entre ellos sobre lo que quieran. Los demás alumnos funcionan como observadores. A los observadores se les indica que pongan atención a los contenidos del diálogo, a los movimientos de las manos y del cuerpo en general, a la mirada, gestos y si es posible que tomen nota de lo que observan. Esta primera parte dura 5 min.
- A los mismos alumnos, se les solicita que se den vuelta, se sientan de frente y continúen la conversación. Pasados cinco minutos finaliza la conversación.
- Seguidamente se pregunta a los alumnos que han participado que han sentido en cada una de las experiencias, y en cual de las dos se han podido comunicar mejor y por qué.
- Una vez que han expuesto sus vivencias, se solicita a los observadores que comenten los datos recogidos en sus observaciones.
- El moderador realiza luego una reflexión aprovechando vivencias y observaciones, que pueden girar alrededor de lo siguiente. Como la persona se expresa a través de todo el cuerpo y por ello la comunicación requiere de la palabra, de la mirada, de los gestos, de la postura del cuerpo; como lo que muchas veces no se dice con las palabras, con la mirada y la importancia de la mirada en una buena comunicación.

DRAMATIZACIÓN

Actividad de expresión corporal, percepción, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: INDEFINIDA

JUGADORES: ILIMITADA

MATERIAL: Varios, dependiendo del tema.

DESARROLLO:

- El moderador debe de tener clara y delimitada la situación a representar.
- Solicitar la participación voluntaria del número de participantes que sean necesarios. Debe evitar colocar a un participante en situación de representar su propio conflicto.
- Una vez elegidos los participantes se indica el tema de la dramatización para que ellos libremente la representen.
- Al finalizar la dramatización se realiza un comentario y discusión de la misma, expresando sus impresiones sobre el rol representado, que justifica en sus actuación, etc. Luego el diálogo se generaliza al grupo total de la clase, dando todos su impresión sobre la actuación de sus compañeros el realismo de los papeles representados, como se han sentido tanto espectadores, que les impactó, como lo hubieran realizado ellos etc.
- El moderador debe rescatar el tema de la representación.

FOTOS CON PAPEL

Actividad de expresión corporal, percepción, verbal, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 60 MIN.

JUGADORES: MÍNIMO 3

MATERIAL: revistas, periódicos.

DESARROLLO:

- Se agrupa a los participantes en grupos de tres personas como mínimo.
- Se les reparte una buena cantidad de revistas y periódicos y sin usar ningún elemento para cortar o pegar se les indica que solo con ese material y nada más, se disfracen para representar una fotografía con el tema que se les asigne a cada grupo.
- Los temas pueden ser: una foto de familia, una foto histórica, deportiva, escolar, etc.
- Se les dan 15 minutos. Terminando el tiempo, cada grupo expone "el cuadrado", siendo interpretado por el resto.

TÉCNICA DE LOS DISCAPACITADOS

Actividad de percepción, expresión corporal, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 30 MÍNUTO

JUGADORES: TRES

MATERIAL: tres paliacates.

DESARROLLO:

- Se eligen tres personas para realizar un trabajo determinado.
- Se les hace pasar al frente, a uno se le vendan los ojos, a otro se le atan las manos y al tercero se le cubre la boca.
- Se les indica que el sentido que tienen cubierto es el que no deben de utilizar para realizar la tarea.
- Al que tiene la boca cubierta, y no puede hablar se le da un mensaje en una ficha. El debe indicarlo a través de un código gestual al compañero que tiene las manos atadas. Este a su vez, debe de interpretar el mensaje y transmitirlo al que tiene los ojos vendados utilizando cualquier código, menos el de las manos que por eso las tiene atadas. Y el ciego debe ejecutar la tarea.
- Al ciego se le coloca frente al grupo, para que ellos adivinen el mensaje.
- Se les da 15 minutos para que adivinen el mensaje.
- Terminando la técnica se recogen las impresiones de todos los participantes y se generaliza un comentario.

MÍMICA CONVENCIONAL

Actividad de percepción, expresión corporal, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 20 MIN.

JUGADORES: 3 MÍNIMO

MATERIAL:

DESARROLLO:

- Se pide a los jugadores que hagan mímica característico de cada uno, un gesto que los identifique.
- Se forman grupos de tres a cinco personas.
- Se les indica que conversen unos minutos e inventen una historia que se pueda expresar a través de los gestos característicos de cada uno y que la representen.
- La representación solo debe incluir los gestos. Los demás alumnos deben descubrir la historia representada.

JUEGOS DE RITMO

EXPRESIÓN VOCAL

Y GESTICULAR

TRABALENGUAS

Actividad de percepción y verbal, desarrolla el aspecto social.

DURACIÓN: INDEFINIDA

JUGADORES: MÁXIMO 10

MATERIAL: Trabalenguas

DESARROLLO:

- El grupo se acomoda en círculo.
- El moderador elige una frase. La pronuncia despacio y claramente.
- Cada jugador intenta repetirla.
- Quien logre repetirla más de prisa y sin error , gana.
- Se trata de que cada uno la repita varias veces y cada vez más rápidamente.
- Es muy útil animar a los niños a que inventen otros trabalenguas.

DRAMATIZACIÓN

Actividad de expresión corporal, percepción, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: INDEFINIDA

JUGADORES: ILIMITADA

MATERIAL: Varios, dependiendo del tema.

DESARROLLO:

- El moderador debe de tener clara y delimitada la situación a representar.
- Solicitar la participación voluntaria del número de participantes que sean necesarios. Debe evitar colocar a un participante en situación de representar su propio conflicto.
- Una vez elegidos los participantes se indica el tema de la dramatización para que ellos libremente la representen.
- Al finalizar la dramatización se realiza un comentario y discusión de la misma, expresando sus impresiones sobre el rol representado, que justifica en sus actuación, etc. Luego el diálogo se generaliza al grupo total de la clase, dando todos su impresión sobre la actuación de sus compañeros el realismo de los papeles representados, como se han sentido tanto espectadores, que les impactó, como lo hubieran realizado ellos etc.
- El moderador debe rescatar el tema de la representación.

TELÉFONO DESCOMPUESTO

Actividad de percepción y verbal, desarrolla el aspecto social.

DURACIÓN: ILIMITADA

JUGADORES: MÁXIMO 10

MATERIAL: ninguno

DESARROLLO:

- Los niños deben de tener cuatro años en adelante, se acomodan en círculo.
- Sorteo del primer jugador.
- El primer jugador (al principio deberá ser el moderador) susurra lo más rápidamente al oído de su vecino de la izquierda una frase bastante larga. Por ejemplo: Pedro (el niño que cierra el círculo) debe lavarse y hacer muecas.
- El receptor de la frase transmite lo que comprendió del mensaje al siguiente y de este modo hasta el último.
- El último debe de repetir el mensaje y luego ejecutar las acciones solicitadas.
- Si no es la frase o la acción tal como la transmitió el primer jugador, se empieza a buscar quien distorsionó el mensaje y se manda al final del círculo.

EL DISTRAÍDO

Actividad de percepción, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 30 min.

JUGADORES: ILIMITADA

MATERIAL: Un pañuelo de cabeza anudado.

DESARROLLO:

- Sentar a los alumnos en círculo, de tal forma que todos puedan mirarse la cara.
- Pedir que cada uno diga su nombre lentamente en voz alta. El moderador deberá repetir cada nombre.
- Solicitar a un alumno que se anime a repetir el nombre de todos los miembros del grupo.
- Proponer jugar al distraído, juego que consiste en tirar a un compañero el pañuelo anudado, el que lo recibe debe decir el nombre de quien lo tira.
- Al cabo de un tiempo de juego, la mayoría de los alumnos recuerda el nombre de todos.
- Es conveniente que el moderador se integre al juego por que el también necesita conocer el nombre de los participantes.

VENTA DE COSAS ABSURDAS

Actividad de expresión corporal, percepción, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 15 MIN.

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL: hojas y colores.

DESARROLLO:

- Se escribe en el pizarrón varios objetos absurdos que se ponen a la venta. Por ejemplo: "peines para pelados", "desodorante de hormigas", "babero para jirafas", etc. Se invita a los jugadores a pasar al frente, elegir uno de los objetos y tratar de venderlo, argumentando durante un minuto a favor de su compra.

DRAMATIZAR UN REFRÁN

Actividad de percepción, expresión corporal, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 20 MIN.

JUGADORES: 12 MÍNIMO

MATERIAL: refranes

DESARROLLO:

- Se separan a los alumnos de seis u ocho. Se da a cada grupo un refrán para representar, trasladando su significado a una situación de la vida real. Por ejemplo: "al mejor cazador se le va la liebre". Se puede dramatizar al mejor alumno de un curso, saliendo mal en un examen.
- El refrán representado debe ser adivinado por los demás grupos.

CONTAR UNA HISTORIA CON LOS PIES

Actividad de percepción, expresión corporal, sensoriomotriz, verbal y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 5 A 10 MIN

JUGADORES: ILIMITADO

MATERIAL:

DESARROLLO:

- Se solicita a los alumnos que pasen al frente y, caminando representen una situación, un incidente, con los pies y sin hablar.
- Los compañeros deben interpretar la situación e identificarla. Por ejemplo: "voy caminando y se me pega un chicle en el zapato", "voy caminando y me resbalo con una cáscara de plátano", etc.

SITUACIONES DE ENCUENTRO

Actividad de expresión corporal, percepción, verbal, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 20 MIN.

JUGADORES: MÍNIMO 3

MATERIAL:

DESARROLLO:

- Se agrupa a los alumnos en equipos de tres personas.
- El moderador indica un tema o situación a representar. Por ejemplo: “se me rompe el pantalón”, “subo al camión y no tengo dinero para pagar”, etc.
- Cada grupo debe representar la misma situación, uno en forma cómica, otro en forma dramática, otro en forma absurda, otro en forma anormal.

FOTOS CON PAPEL

Actividad de expresión corporal, percepción, verbal, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 60 MIN.

JUGADORES: MÍNIMO 3

MATERIAL: revistas, periódicos.

DESARROLLO:

- Se agrupa a los participantes en grupos de tres personas como mínimo.
- Se les reparte una buena cantidad de revistas y periódicos y sin usar ningún elemento para cortar o pegar se les indica que solo con ese material y nada más, se disfracen para representar una fotografía con el tema que se les asigne a cada grupo.
- Los temas pueden ser: una foto de familia, una foto histórica, deportiva, escolar, etc.
- Se les dan 15 minutos. Terminando el tiempo, cada grupo expone "el cuadrado", siendo interpretado por el resto.

TÉCNICA DEL BUQUE

Actividad de percepción y sensoriomotriz, desarrolla el aspecto físico, social y emocional .

DURACIÓN: 10 MIN.

JUGADORES: MÍNIMO 5

MATERIAL:

DESARROLLO:

- Se elige un alumno que quiera ser de buque. Este debe sortear con los ojos vendados, una serie de obstáculos para llegar a puerto seguro. Sus compañeros constituyen los obstáculos, colocados estratégicamente en el camino, están ubicados con suficiente espacio como para permitir su pasaje entre ellos.
- El buque empieza a hacer su recorrido, cuando está en peligro de chocar con un obstáculo (es decir, con un compañero) este hará el sonido de otro buque (“uuh”) para indicar que debe corregir el recorrido, hasta llegar a su destino. Al terminar el recorrido se le destapan los ojos y se le pregunta que ha sentido.
- Se elige otro alumno que quiera hacer de buque. Una vez que tiene os ojos vendados, comienza a desplazarse hacia su propio destino entre los obstáculos. Pero en esta oportunidad el moderador previamente ha indicado a los alumnos que obstaculicen más el camino, colocándose más cerca uno del otro.

TÉCNICA CASA - ÁRBOL - PERRO

Actividad de percepción, sensoriomotriz y afectivo, desarrolla el aspecto creativo, físico, social, emocional y estético.

DURACIÓN: 20 A 30 MIN.

JUGADORES: MÍNIMO 2

MATERIAL: lápices y hojas blancas

DESARROLLO:

- Se agrupan participantes de dos y se sientan de frente. Si el grupo de alumnos es numeroso se eligen cinco o seis parejas y los restantes hacen el papel de observadores.
- Se les entrega una hoja de papel en blanco y un lápiz a cada pareja.
- Se les ponen los observadores, si los hay, alrededor de cada pareja, para que presten atención a las actitudes de los participantes.
- Se les lee la siguiente consigna: "Tomen juntos el lápiz con una mano cada uno, y dibujen una casa, un árbol y un perro (el docente puede elegir otros dibujos). Deben hacerlo en silencio. No se deben comunicar con palabras, ni gestos, ni miradas".
- Terminando el trabajo se les da la segunda consigna: "Tomen juntos el lápiz con una mano cada uno y firmen el dibujo. Deben hacerlo en silencio, no se deben comunicar con gestos, ni palabras, ni miradas".

- Finalizando este trabajo se da la tercera consigna: "Tomen juntos el lápiz, con una mano cada uno, y coloquen una nota al trabajo. Deben hacerlo en silencio sin comunicarse".
- Concluida la tarea, el moderador realiza un diálogo con cada pareja alrededor de los siguientes aspectos: facilidad o dificultad para llevar juntos el lápiz, si ha habido situaciones de tirantez, si han sentido dominación o sometimiento.
- Estas preguntas movilizan comentarios de los participantes. También hay que enriquecer la experiencia con los comentarios de los observadores, se les solicita su opinión.

**JUEGOS DE
INTELIGENCIA**

EL CUADRO MÁGICO:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas.

MATERIAL: papel y lápiz o colores.

PROCEDIMIENTO:

Sobre un cuadrado de nueve casillas deben colocarse nueve números distintos entre 1 y 9, incluidos ambos, sin repetir ninguno, de modo que las columnas horizontales, verticales y diagonales den el mismo resultado al sumarse.

SOLUCIÓN

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 9 | 4 |
| 7 | 5 | 3 |
| 6 | 1 | 8 |

EL GUARDAROPA:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL

PROCEDIMIENTO:

Todas las camisas son blancas menos dos, todas las camisas son azules menos dos, todas las camisas son rosadas menos dos. ¿Cuántas camisas hay de cada color?

SOLUCIÓN: Hay una camisa blanca, una azul y una rosada.

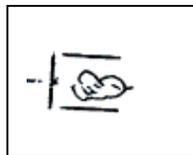
LA PALA

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 4 palillos y un cacahuate o basurita.

PROCEDIMIENTO:

Se representa una pala llena de basura como a continuación se ve en el dibujo.:



Cambiando de situación, sin mover de la mesa, dos de los palillos y sin tocar el cacahuate, la pala mantendrá su forma original, pero la basura habrá quedado fuera de ella.

Irà su forma original,



SOLUCIÓN:

SENCILLO PERO DIFÍCIL:

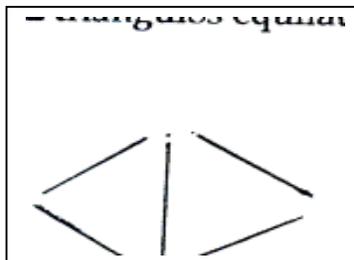
Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 5 palillos

PROCEDIMIENTO:

Con cinco Palillos construir 2 triángulos equiláteros.

SOLUCIÓN:



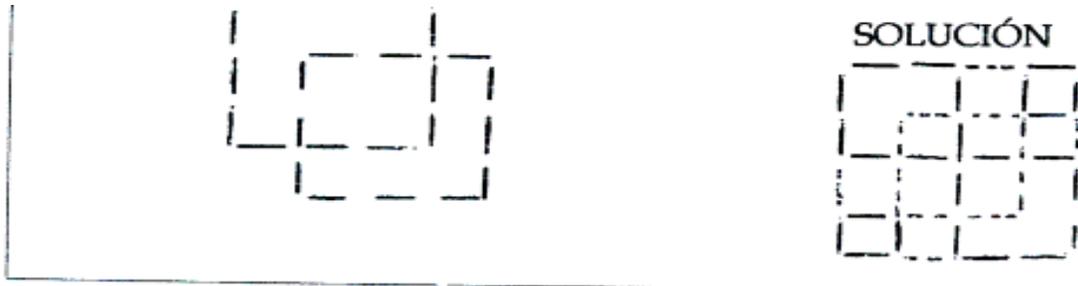
MULTIPLICACIÓN DE CUADROS

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 24 palillos.

PROCEDIMIENTO:

Cambiando de sitio 12 palillos de la siguiente figura, sin retirarlos de juego, se debe obtener otra figura también simétrica, compuesta por cuatro cuadrados.



SOLUCIÓN

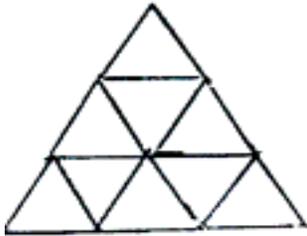
ELIMINANDO TRIÁNGULOS:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 18 palillos.

PROCEDIMIENTO:

Con 18 palillos se obtiene la siguiente figura con 9 triángulos. Retirando 6 palillos deben obtenerse 4 triángulos.



SOLUCIÓN

FUGA DE CUADRADOS

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 12 palillos

PROCEDIMIENTO:

Retirando 2 palillos de la siguiente figura, los cuatro cuadrados deben convertirse en 2.

SOLUCIÓN



AUMENTO DE ROMBOS:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

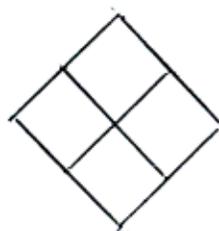
MATERIAL: 12 palillos

PROCEDIMIENTO:

Cambiando de posición 4 palillos, los 3 rombos deben convertirse en 4.



SOLUCIÓN



CAMBIO DE FORMA:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

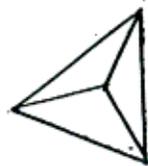
MATERIAL: 6 palillos

PROCEDIMIENTO:

Transformar la siguiente figura en 4 triángulos equiláteros.



SOLUCIÓN



REDUCCIÓN DE CUADROS:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL:: 16 palillos.

PROCEDIMIENTO:

En la siguiente figura de 5 cuadrados, hay que cambiar de posición 2 palillos, sin retirarlos del juego, se debe obtener otra de 4 cuadrados.



SOLUCIÓN



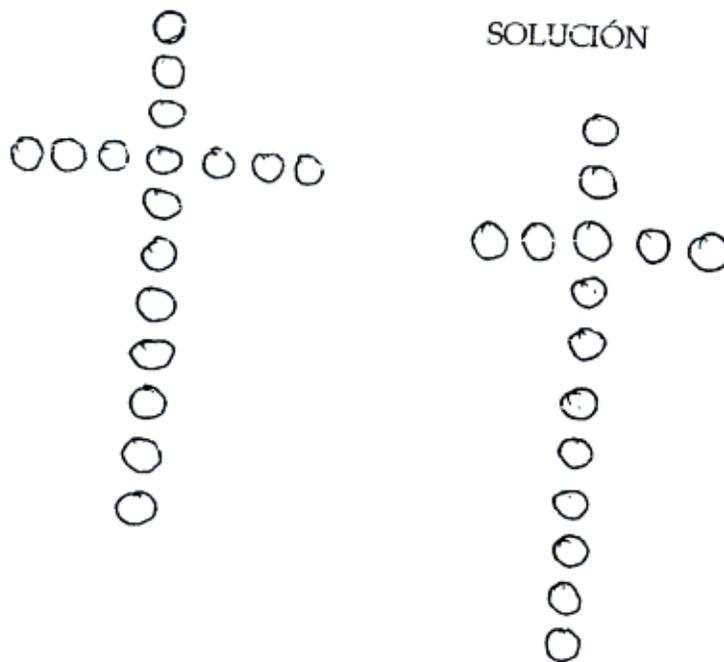
LA CRUZ:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 17 monedas.

PROCEDIMIENTO:

Con las 17 monedas se forma una cruz. Si se cuenta del pie de la cruz a sus extremos restantes, la suma siempre dará 11. el problema consiste en retirar 2 monedas, manteniendo la suma antes dicha.



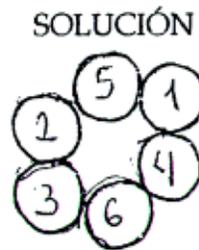
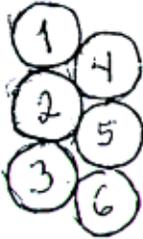
CAMBIO DE FIGURA:

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 6 monedas

PROCEDIMIENTO:

Con solo tres movimientos de la figura debe quedar convertida en una circunferencia, ni más ni menos.



La moneda 4 se pone en contacto con la 5 y 6, la 5 se pone en contacto con la 1 y 2, la 1 se pone en contacto con la 5 y 4.

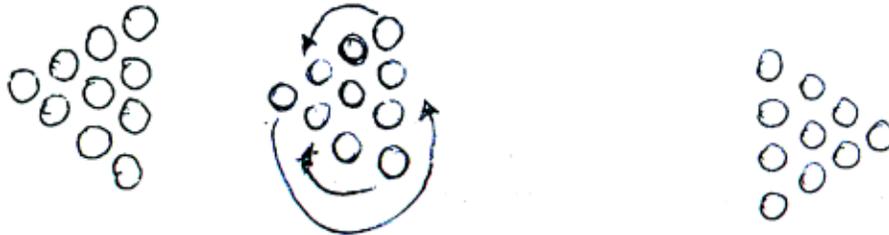
INVERTIR EQUILÁTERO

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: 10 monedas

PROCEDIMIENTO:

Con 10 monedas formar un triángulo equilátero, cambiando 3 monedas de lugar, el triángulo debe quedar invertido. SOLUCIÓN



UNIR 9 PUNTOS

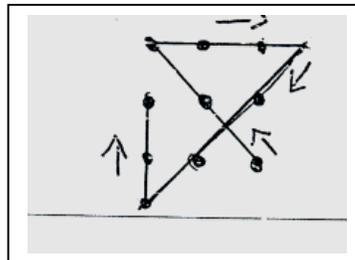
Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: Papel, lápiz y regla.

PROCEDIMIENTO:

Se trata de unir 9 puntos mediante 4 trazos rectilíneos. y continuos, es decir, sin levantar el lápiz del papel , ni recorrer 2 veces el mismo trazo.

SOLUCIÓN



UNIR 16 PUNTOS ACTIVIDAD:

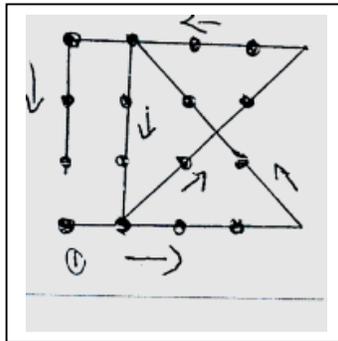
Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas

MATERIAL: Papel, lápiz y regla.

PROCEDIMIENTO:

Se trata de unir 16b puntos con 6 trazos rectilíneos y continuos, es decir, sin levantar el lápiz del papel, ni recorrer 2 veces el mismo trazo.

SOLUCIÓN



JUEGOS DE MESA

Actividad intelectual, desarrolla la observación, comparación y solución de problemas, fomenta la socialización.

Memorama, ajedrez, rompecabezas, domino, lotería, gato, timbiriche, basta, escalera.

SUGERENCIAS

Estos juegos se desarrollan en lapsos de tiempo indefinidos y pueden llevarse a cabo en equipos, dependiendo de la cantidad de niños. La mayoría de ellos son conocidos por los internos, los niños pequeños pueden recibir ayuda de los mayores.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo llegamos a la conclusión de que:

- La hospitalización en niños y adolescentes causa efectos y trastornos, no solo a nivel físico, también a nivel emocional y social, es decir, repercute en su modo de convivir con el otro, crea daños o malestares psicosomáticos que en ocasiones llegan a ser irreversibles.
- Existe la necesidad de un profesional de la educación (pedagogos, psicólogos educativos, normalistas) para laborar en este espacio en los turnos matutino y nocturno, además de los fines de semana, al igual que la creación de diversos programas que atiendan las necesidades educativas, sociales y afectivas de los internos para una rápida adaptación al medio hospitalario, así como una pronta recuperación, no solo física sino emocional y social. Los programas deben ser de breve duración, flexibles y en el caso de los programas escolares deben ser individuales.
- En lo que se refiere al personal encargado de este servicio educativo debe ser comprometido con su trabajo y estar conciente de las pérdidas humanas que debe enfrentar, así como el control de sus emociones, ayudando al paciente en su pronta recuperación y rehabilitación. Creando un grupo interdisciplinario con el personal sanitario.
- Por otro lado los programas que se establezcan dentro del espacio escolar deben enmarcar los aspectos recreativos, escolares y

tanatológicos, no solo para los pacientes sino también para los familiares. Los programas recreativos deben procurar el esparcimiento de los niños para evitar la tensión y el estrés de los pacientes. Los programas escolares tendrán como objetivo evitar el retraso escolar de los niños así como su pronta incorporación a la escuela. Los programas tanatológicos buscarán paliar y aceptar la posible muerte del paciente, tanto para él como para sus familiares.

- Así mismo se deben elaborar programas dirigidos a médicos y enfermeras que no tiene la especialización en pediatría o la experiencia de haber trabajado con niños, para que tengan conocimiento sobre las características y necesidades de un infante, que son diferentes a las de un adulto y así mejorar la atención hacia ellos.

SUGERENCIAS

- Creemos conveniente la creación de una escuela para padres o cursos para ayudar a superar la pérdida humana a la que se van a enfrentar o ya se enfrentaron. Además para tener conocimiento sobre la enfermedad de su hijo, la ayuda que pueden brindar para evitar la sobreprotección y el malestar en sus hijos. Los padres o familiares de los pacientes que llevan varios internamientos y tengan disponibilidad platicuen sus experiencias a otros padres que se encuentran en esta situación por primera vez.
- La inclusión de materiales didácticos necesarios, como son pizarrón, franelógrafos, libros para la creación de una pequeña biblioteca. Buscar instituciones o personas que puedan aportar material específicamente para este espacio escolar.
- Realizar actividades en conjunto: padres e hijos para favorecer la comunicación y la convivencia entre ellos.
- Crear para el ingreso del paciente un formato que contenga su historial académico, una lista de gustos y posibles problemas escolares para en base a ello empezar a trabajar y a relacionarse con el paciente.
- Realizar entrevistas, de preferencia, previas al internamiento con los niños y familiares.

- Ampliar la “escuelita” con la sala de visitas de familiares.

- En lo que se refiere a la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional debería abordarse esta nueva corriente de la pedagogía hospitalaria dentro del mapa curricular, por lo menos dentro de la materia Teoría pedagógica contemporánea, ya que es importante y necesaria la actualización en las nuevas corrientes pedagógicas que se desarrollan dentro de la Pedagogía Social. Así como la realización de prácticas en este campo pues casi siempre se le da todo el peso del desarrollo laboral del pedagogo dentro del sistema educativo escolarizado.

GLOSARIO

ANABÓLICA Fase del metabolismo constituida por el conjunto de reacciones bioquímicas que asimilan la materia.

ANASARCA. Hidropesía del tejido general del tejido celular.

ANGIOGRAFÍA. Sirve para definir la posición y el volumen aproximado de las cavidades cardiacas y las grandes arterias y la distribución del flujo arterial pulmonar.

ANOREXIA. Inapetencia alimenticia.

ARRITMIA. Irregularidad de tiempo o de intensidad en las contracciones del corazón.

ASINTOMÁTICO. Que no presenta síntomas.

ATRESIA. Imperforación de una abertura natural. Es la obstrucción patológica de un conducto o abertura de un órgano que normalmente debe estar abierto.

CARDIOMEGALIA. Hipertrofia cardiaca.

CARDIÓPATA. Persona que sufre una enfermedad del corazón.

CATABÓLICO. Fase del metabolismo constituida por el conjunto de reacciones bioquímicas que desintegran la materia.

CATETERISMO. Es una de las bases de los estudios de la fisiología y la hemodinámica cardiopulmonar, informa sobre las presiones en los vasos, válvulas y cavidades del corazón.

CINEFLUROSCOPIA. Aporta un registro permanente del aspecto radiográfico del corazón y sus movimientos.

DISENEA. Dificultad para respirar.

DISTENDIBILIDAD. Es cuando se causa tensión violenta en los tejidos, membranas, etc.

ECOCARDIOGRAFÍA. Examen ultrasónico que permite la mejor perspectiva, de fácil manejo y puede ser aplicado a cualquier edad.

EDEMA. Hinchazón blanda y fría de una parte del cuerpo.

ELECTROCARDIOGRAMA. Estudio que ayuda a definir los trastornos del ritmo y el crecimiento de las cavidades cardiacas.

ESTENOSIS. Estrechés.

ESTUDIOS NUCLEARES. Implica la inyección de materiales radioactivos especialmente preparados para que puedan ser detectados en las sangre o en el corazón.

FONOCARDIOGRAFÍA. Registro de los ruidos cardiacos y pulsaciones carotideas y venosas en el cuello, movimientos precordiales y pulsaciones hepáticas.

FLUROSCOPIA. Método de exploración de algunas partes del organismo fundado en la fluorescencia de ciertos cuerpos.

HEMOGLOBINA. Materia colorante del glóbulo rojo en la sangre.

HEPATOMEGALIA. Hipertrofia del hígado.

HIPERTROFIA. Aumento excesivo de un órgano.

HIPOCONDRIA. Afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso, con tristeza habitual.

HIPODESARROLLO PONDOESTATURAL. Es el desarrollo precario o retrasado de un individuo.

INSUFICIENCIA CARDIACA. Se define como el estado patológico, en donde el importante deterioro de la función cardiaca le impide tener un gasto adecuado para cumplir con las demandas tisulares de oxígeno durante el reposo y con el esfuerzo se mantiene fijo o disminuye.

LIPOTÍMIA. Pérdida súbita y pasajera del sentido y del movimiento.

MUERTE SÚBITA. Es una muerte repentina que puede ser provocada por una impresión, estrés, crisis hipóxica, infarto. Se da principalmente en la tetralogía de Fallot.

PRECORDIAL. Dícese de la región situada delante del corazón. Relativo al diafragma.

SÍNCOPE. Pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad.

SÍNDROME DE DOWN. Síndrome en el cual hay un cromosoma de más.

SÍNDROME DE TUNER. Síndrome en el cual solo hay 45 cromosomas.

TAQUICARDIA. Aceleración de los latidos del corazón.

TAQUIPNEA. Respiración acelerada.

VECTOCARDIOGRAMA. Investigación electrocardiográfica especial que muestra el trazo de los vectores instantáneos en un plano tridimensional.

ANEXO 1

CUESTIONARIO A LOS MÉDICOS

1. ¿Cuánto Tiempo tiene trabajando en el servicio de cardiopediatría?
2. ¿Cuáles son las enfermedades cardiacas más comunes en los niños?
3. ¿Cómo es el desarrollo físico de un niño cardiópata comparado con el de un niño que no padece esta enfermedades?
4. ¿Cuáles son los síntomas, tanto físicos como emocionales, más comunes en los niños que padecen estas enfermedades?
5. ¿Cuáles son las actividades que no pueden realizar estos niños y por qué?
6. ¿Qué características y/o peculiaridades se toman en cuenta para internar a un niño?
7. ¿Qué ayuda se le brinda al niño para su hospitalización por parte del médico?
8. ¿Qué explicaciones se le da al niño sobre su hospitalización?
¿Sabe el motivo por el cual será hospitalizado?
9. ¿Cuál es impacto que provoca en el niño la hospitalización?
10. ¿Cuáles son las reacciones más comunes que tienen los padres ante la hospitalización de su hijo?
11. ¿Qué características y/o peculiaridades se toman en cuenta para someter a un niño a cirugía?
12. Cuando un niños e va a someter a cirugía, ¿se toma en cuenta el estado de ánimo en que se encuentra? ¿Por qué?

13. ¿Cuáles son las reacciones que tiene un niño, al informarle que entrará a cirugía?
14. ¿Cuáles son las relaciones que desarrolla con sus pacientes (niños cuando están internados)?

ANEXO 2

CUESTIONARIO A LAS ENFERMERAS

ESCUELITA

1. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en servicio de cardiopediatría?
2. Cuando ingresó al servicio, ¿existía la “escuelita”?
3. ¿Cuántos años lleva la “escuelita” en el servicio de cardiopediatría?
4. ¿Cómo surgió el proyecto de “escuelita”?
5. ¿Quién propuso la instalación de la “escuelita”?
6. Desde que surgió la “escuelita” ¿ ha contado con una persona (profesor, pedagogo o psicólogo educativo) que la atienda? ¿Por qué?
7. ¿Qué necesidades se quieren cumplir con el servicio que se brinda en la “escuelita”?
8. ¿Qué sentido tiene la “escuelita”?
9. ¿Qué opina usted de que la “escuelita” este dentro del servicio?
10. ¿Opina que la atención que se da en la “escuelita” es la adecuada? ¿Por qué?
11. ¿Qué considera que le hace falta a la “escuelita”?
12. ¿Qué propondría para este espacio de la “escuelita”?

LOS NIÑOS

1. ¿Cuáles son las características que presenta el niño hospitalizado?
2. ¿Qué criterios se toman en cuenta para hospitalizar a un niño dentro del servicio de cardiopediatría y canalizarlo a escolares?

3. ¿Por qué hay niños que se canalizan a lactantes si tienen más de tres años?
4. ¿Cómo es la adaptación del niño al centro hospitalario?
5. ¿Cómo es la socialización del niño en el hospital?
6. ¿Cuál es el estado de ánimo en que se encuentra el niño hospitalizado?
7. ¿De qué manera influye en la hospitalización en el carácter y cambios de conducta en el niño hospitalizado?
8. ¿Cómo es la convivencia entre los niños hospitalizados?
9. ¿Cuáles son las necesidades principales e intereses que tiene un niño hospitalizado?
10. ¿Cuáles son las reacciones más comunes, de los padres, ante la hospitalización de su hijo?
11. ¿Cuáles son las relaciones que desarrolla y mantiene con sus pacientes (niños) cuando están internados?

ANEXO 3

CUESTIONARIO A LOS FAMILIARES

1. ¿Cuál es la edad su hijo?
2. ¿De dónde provienen?
3. ¿Qué grado escolar cursa o cursó su hijo?
4. Usted y el médico, ¿platicaron con anterioridad con su hijo sobre su hospitalización?
5. ¿Usted le ha explicado a su hijo la enfermedad que tiene? ¿Por qué?
6. ¿De qué manera apoya la familia a su hijo cuando está en el hospital?
7. Cuando su hijo está hospitalizado, ¿tiene cambios de conducta? ¿Cuáles?
8. A partir de la hospitalización de su hijo. ¿A notado cambios en la manera de relacionarse con sus familiares y amigos? ¿Cuáles?
9. ¿Qué significa para usted la hospitalización de su hijo?
10. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado su hijo y con que frecuencia?
11. ¿Cómo convive usted con su hijo durante la visita?
12. Cuando usted está con su hijo, ¿qué le comenta con respecto a su estancia en el hospital?
13. ¿Qué cosas le hace saber su hijo que necesita dentro del hospital?
14. ¿Usted, considera que su hijo ha hecho amigos al estar hospitalizado? ¿Por qué?
15. ¿Cómo considera la atención que se le da a su hijo dentro del hospital?
16. ¿Qué opina de que haya una escuelita dentro del hospital?

ANEXO 4

GUIÓN DE ENTREVISTA A LA AUXILIAR EDUCADORA

- Datos personales.
- Formación profesional.
- Material didáctico con que cuenta la institución y apoyo de ésta.
- Labores que realiza dentro del servicio.
- Actividades que realiza con los niños.
- Relación que establece con los niños, médicos, enfermeras, padres de familia y demás personal.

ANEXO 5

GUIÓN DE ENTREVISTA A LOS NIÑOS

- Datos personales.
- Escolaridad.
- Vivencias sobre la hospitalización
- Relación que establece con el personal de enfermería, médicos, familiares, auxiliar educadora y demás personal.
- Relaciones con sus compañeros.
- Opinión sobre el servicio de la “escuelita” y sugerencias.

ANEXO 6

Información recabada de los cuestionario y entrevistas realizada las enfermeras, pacientes, médicos, familiares de los pacientes y auxiliar educadora.

En los cuadros se muestra el número de personas que contestaron una pregunta por el número de ✓ O × que tenga la respuesta, esto es en el caso de las enfermeras y los familiares.

