



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PEDAGOGÍA PRESENTA:

IVONNE CASTILLO GARCÍA

LA LECTURA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA EN LOS
NIÑOS ONCOLÓGICOS

ASESOR: OSCAR JESÚS LOPEZ CAMACHO

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2008

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por haberme dado una segunda oportunidad, la cual me ha permitido llegar a este momento tan importante.

A mis padres: por todo el amor y apoyo que siempre me han dado, los cuales han sido guía fundamental en mi vida.

A mis hermanos: por todo el apoyo que siempre me han brindado.

A mi asesor: ya que sin él y sus consejos este trabajo no se hubiese terminado.

A Néstor: por saber entender y esperar que su mamá estuviera con él.

Al Hospital Infantil de México “Federico Gómez” al departamento de oncología.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
EL ACTO COMUNICATIVO	3
1.1.- NATURALEZA DE LA COMUNICACIÓN	4
1.2.- EL LENGUAJE	6
1.3 TIPOS DE LENGUAJE	9
1. 4 MANIFESTACIONES DE LA LENGUA: ORAL Y ESCRITA	11
1.5 LA LECTURA.....	13
CAPÍTULO 2	16
LA ENFERMEDAD Y EL HOMBRE	16
2.1 SALUD Y ENFERMEDAD	17
2.2 ENFERMEDADES-ONCOLÓGICAS.....	19
2.3 EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN LOS NIÑOS	20
2.3.1 EFECTOS FISIOLÓGICOS	21
2.3.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS	22
2.3.3 EFECTOS SOCIALES	25
2.3.4 EFECTOS PEDAGÓGICOS	27
2.3.5 EFECTOS AXIOLÓGICOS	29

CAPÍTULO 3	31
LA PROPUESTA DE LA SALA DE LECTURA PARA EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO	
“FEDERICO GÓMEZ”	31
3. 1. EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”	31
3. 2. PROPUESTA.....	35
3. 2. 1. REGLAMENTO	35
3. 2. 2. SELECCIÓN DEL ACERVO	36
3. 2. 3. PERSONAS AUTORIZADAS.	41
3. 2. 4. HORARIO DE SERVICIO	41
3. 2. 5. MOBILIARIO Y MATERIALES DIDÁCTICOS	42
3. 2. 6. LIBROS DE CONTROL	43
3. 2. 7. PRÉSTAMO DE LIBROS.....	43
3.2.8 LINEAMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO DE ESTE PROYECTO.....	44
CONCLUSIONES	45
NOTAS	47
BIBLIOGRAFÍA	49

INTRODUCCIÓN

Mi interés por desarrollar esta tesina surge como consecuencia de la observación a los niños sometidos a algún tratamiento oncológico, con lo cual yo pude darme cuenta de que este tipo de niños, por las condiciones de su enfermedad, se encuentran alejados de la escuela durante largos periodos, lo que provoca un retraso o marginación en el aspecto educativo.

Tal vez cause un poco de duda por qué la lectura y no las matemáticas, si el objetivo de la escuela y sobre todo de la educación es lograr en el individuo un desarrollo de manera integral y no solamente que aprenda a leer.

La razón de que mi interés se centre en la lectura es porque yo espero que a través de ella y de las bondades que ofrece se pueda motivar a estos niños: motivar su imaginación, para poder conseguir que su autoestima se levante, mediante la lectura de cuentos, literatura infantil y actividades, que se desprendan de ésta.

Esto debe hacerse no de manera obligada ni forzando a nadie, sino de manera libre y espontánea, para no hacer sentir que es una obligación o una regla que se tenga que participar en dichas actividades, pues considero que dentro de todo el malestar que implica estar ahí, sentir que hay que seguir cierta normatividad como en la escuela, sería demasiado tedioso y estresante.

Con la creación de la sala de lectura dentro del servicio de oncología buscaré conseguir que el niño pueda adquirir un aprendizaje. Espero que esta sala pueda ser considerada como un espacio de educación informal, en el cual los niños puedan obtener un aprendizaje de una manera más divertida, menos tediosa y rutinaria para la situación en la que se encuentran inmersos.

Esta propuesta está llena de amor, agradecimiento y esperanza, espero que por medio de ella se logre expresar mi mensaje de vida.

Esta tesina se conforma de tres capítulos:

En el primer capítulo hablaré de la comunicación, el lenguaje y sus tipos. En el segundo capítulo trataré de la enfermedad y el hombre, me adentraré en las enfermedades oncológicas y los efectos que provocan en los niños.

El tercer capítulo será la propuesta de la creación de la sala de lectura, dentro del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

CAPÍTULO 1

EL ACTO COMUNICATIVO

1.1.- NATURALEZA DE LA COMUNICACIÓN

El vocablo comunicación tiene relación tanto en el lenguaje como en la imagen mental que necesariamente representa la información, primordial en el ser humano. El lenguaje depende de una correlación de significados que cada sociedad le otorgue por ser "complejo, intrincado y sistemático"¹ por lo cual la importancia del lenguaje radica en ser el patrimonio de la humanidad, en el sentido que transforma todas las características del ser humano.

El lenguaje es algo más que la expresión a través de la palabra, está integrado a otros sistemas de signos, que expresan algo aún en el silencio, como parte de la conducta humana. “El lenguaje es un hecho social y razón fundamental por la que los seres humanos crean cultura, pues todo se conjuga en un solo fenómeno: la conciencia”².

Los antecedentes de la comunicación humana se remontan a los primeros antepasados, quienes en su lucha por sobrevivir se vieron en la necesidad de adaptar determinados mecanismo para expresarse y transmitir sus conocimientos, sus pensamientos y sus deseos.

Podría decirse que las formas de comunicación humana se hacen patentes y difieren de la de otros primates por su naturaleza simbólica, a través de gestos, sonidos

"voz", que significan algo, y por el aprendizaje de estos símbolos que expresan no simplemente emociones, sino que describen o designan objetos y hechos.

A lo largo de la historia el hombre desarrolló, apoyado por sus diversas capacidades, la forma más importante e integral que tiene para satisfacer su necesidad de relacionarse: impresionantes sistemas simbólicos para el intercambio de significados, ante todo de una manera social, convenida, trata de encontrar fórmulas que le permitan llevar su pensamiento hacia otros seres humanos, pretendiendo cada vez un entendimiento más completo.

Esta información transmitida dependió de sus expectativas, de las características de su grupo y del papel que desempeñaba en éste.

Desde entonces el hombre formó su propia versión del mundo y trató de persuadir a sus congéneres para que aprendieran las cosas como las interpretaba, dependiendo de su habilidad para impactar o de su jerarquía social: se convirtió así en emisor o en caso contrario pasaba a ser receptor de los mensajes, al tener un papel pasivo en la colectividad.

La comunicación, entonces, fue alcanzando distintos grados de complejidad conforme la sociedad crecía, multiplicando sus mecanismos y profundizando sus significados.

Como rasgo esencial de toda la vida, la comunicación es un acto humano o más bien un proceso que involucra no sólo la lengua, la boca y la mente, sino a toda la

persona con sus respectivos temperamentos, caracteres, historias individuales y sociales. Así, Sapir afirma: "la mecánica de la comprensión significativa entre los seres humanos es tan completa, segura y rica en armonías en una sociedad como en otras."³

Por ello el término de comunicación se define "como el acto inherente al hombre que le ayuda a expresarse, a conocer más de sí mismo, de los demás y del medio que lo rodea"⁴. La comunicación se constituye en una necesidad creciente para conducir al hombre al punto culminante del desarrollo de su vida.

En la evolución humana, la comunicación verbal, corresponde a la forma más directa, más rica, más plena de recursos para referirse a la realidad.

1.2.- EL LENGUAJE.

La palabra lenguaje proviene de la voz latina "*lingua*", que significa el órgano contenido en la boca, con el cual se relaciona el fenómeno locutorio.

La palabra lenguaje tiene su historia tan vieja como el idioma castellano, ya que el primero en usarla fue Gonzalo de Berceo (siglo XIII), para significar el conjunto de sonidos articulados con los que el hombre manifiesta lo que piensa o siente. Más tarde en el siglo XVI se hizo sinónimo de idioma hablado por un pueblo o nación y

sólo muy recientemente ha significado la manera de expresarse de una persona, su estilo o conjunto de señales para denotar una realidad.

Edward Sapir dice:

Los seres humanos no sólo viven en un mundo objetivo, tampoco no solamente en el mundo de la actividad social como normalmente se cree, pues se encuentran a la merced de la lengua, que constituye el medio de expresión de la sociedad a la que pertenecen.

Sería ilusorio pensar que el ser humano puede adaptarse a la realidad sin servirse del lenguaje y que el lenguaje es únicamente un medio causal para resolver problemas específicos de la comunicación o de la reflexión. Vemos, oímos, es decir, percibimos de una determinada forma, debido en gran parte a que los hábitos lingüísticos de la comunidad a la que pertenecemos nos inclinan a elegir ciertas interpretaciones y no otras.⁵

A su vez Benjamín Leeworf considera el lenguaje como la gran fuerza liberadora del pensamiento humano, puesto que hace posible que la mente no tenga que depender total y absolutamente de la apariencia inmediata a la realidad y pueda generalizar y abstraer, como también considerar otras posibilidades⁶.

El psicólogo Jerome Bruner señaló que no sólo nos servimos del lenguaje para representar la realidad, sino también para transformarla. Una vez que el niño ha logrado internalizar el lenguaje como instrumento cognoscitivo, puede entonces representar y sistemáticamente transformar las regularidades de la experiencia con mayor fuerza y flexibilidad que antes.

Sapir y Bruner, igual que casi todos los psicólogos, sostienen que el lenguaje desempeña un papel de gran importancia en la actividad de pensar. Jean Piaget no opina lo mismo. Él piensa que existe una función simbólica de mayor amplitud que el lenguaje, que comprende tanto el sistema de signos verbales como el sistema de símbolos en el sentido más estricto de la palabra: es posible sostener que el pensamiento es anterior al lenguaje: el lenguaje por sí solo no basta para explicar el pensamiento, porque las estructuras que lo caracterizan tienen su raíz en la acción y en mecanismos moto sensoriales más profundos que la lingüística.⁷

Pierre Janet considera al lenguaje como una forma eficiente de la actividad y estima que: "la conducta del hombre que habla y la conducta del hombre que es hablado, proceden de los actos de mando y obediencia que existían ya en el animal. La palabra interior que es la que forja el lenguaje. El lenguaje en el sentido estricto, el lenguaje auditivo, que no es más que la facultad de producir signos".⁸

1.3 TIPOS DE LENGUAJE

La combinación de emisor, receptor, mensaje, código, da como resultado una comunicación. La frecuente relación comunicación-información ha generado una serie de investigaciones sobre el proceso, por lo que es importante detenerse en algunos tipos de lenguaje que resultan de interés:

- Lenguaje verbal: Corresponde a la forma más directa de comunicación, más rica, más plena de recursos para referirse a la realidad. No es casual que éste sea el más utilizado, el más estudiado y el de mayor desarrollo en cuanto a investigaciones, tanto en su esencia, la lengua, como en su uso, el habla. Por eso es necesario reconocer dos formas de este lenguaje: la oral-sonora y la estructural. En la primera cuenta mucho el tono de la voz, en la segunda aparecen recursos de alfabetización que van desde la selección del tipo hasta el diseño de la letra.
- Lenguaje icónico-visual: Abarca todo el actual universo de la imagen. Es un lenguaje pleno de recursos, de infinitas combinaciones. Lenguaje que habla directamente a los sentidos, es capaz de suplir la realidad, demostrarla en toda su crueldad o de ocultarla. Lenguaje que habla a la emotividad, que conmueve con mucha más fuerza que la palabra.
- Lenguaje verbo-icónico: Comprende la relación entre ambos tipos de lenguaje, las cuales no son sólo complementarias, como tantas veces se ha insistido.

- Lenguaje de los objetos: Es importante por lo que significa la presencia de ellos y por la forma que tiene cada uno de ellos.
- Lenguaje ambiental: Tiene una larga tradición de estudio desde la perspectiva de la arquitectura. Comprende las relaciones entre espacio y vida cotidiana. Se connotan situaciones a partir del uso determinados ambientes.
- Lenguaje del vestido y las ceremonias: Es importante conocerlo por lo que aporta quien lo usa y donde lo usa.
- Lenguaje postural y corporal: Este adquiere una creciente relevancia en los mensajes por el reconocimiento de posturas privilegiadas, las maneras de ubicar el cuerpo humano para tal o cual significación es fundamental para entender la extensionalidad del emisor y la respuesta del receptor.
- Lenguaje gestual: Se refiere a las posibilidades que ofrece el rostro o las manos especialmente. Frecuentemente el hombre olvida que sus movimientos, posturas y expresiones delatan su interior y que por esto se le puede conocer mejor.

1. 4 MANIFESTACIONES DE LA LENGUA: ORAL Y ESCRITA

El lenguaje oral constituye la forma natural de comunicación; el lenguaje se articula y es fonetizado: se produce el habla, cuando hablamos emitimos mensajes apoyados en las reglas y los elementos del código. De acuerdo con nuestra intención comunicativa, seleccionamos determinados elementos y los cambiamos según reglas y así producimos el mensaje: hablamos.

La lengua escrita tiene como fin la comunicación humana por medio de signos convencionales visibles.

Genéticamente la lengua hablada precede a la escrita y podemos formular la hipótesis de que favorece a su organización. Estructuralmente la lengua hablada es más precisa y más rica.

La lengua escrita es otra manera de expresar informaciones que serían expresables por medio de la palabra hablada e inversamente, pero las necesidades a los que debe responder son diferentes, porque las circunstancias de utilización no son las mismas en una y en otra.

La escritura o letra impresa, en cualquier idioma, es un código visible que representa aquellos aspectos del habla que fueron accesibles a la conciencia lingüística de los creadores de dichos códigos o sistemas de escritura. Esta conciencia incluye simultáneamente una conciencia de la función comunicativa de la lengua y de ciertos rasgos de la lengua hablada que son accesibles al hablante-oyente.

La lengua oral es inmediata al tiempo y el espacio, es mas rápida y ágil, la lengua escrita es diferida en tiempo y espacio, la primera es efímera, la segunda duradera las letras se graban en un soporte estable y perduran. El escrito adquiere valor social de testigo y registro de los hechos.

La lengua oral se apoya en recursos no verbales como la fisonomía, el movimiento, la situación, el espacio para el lenguaje. El lenguaje escrito sólo dispone de la disposición del espacio, del texto y de los signos de puntuación.

En el lenguaje oral hay interacción entre participantes durante la emisión del texto. El emisor puede modificar su discurso de acuerdo con las reacciones del receptor.

El lenguaje oral es negociable, en el lenguaje escrito no hay interacción durante la composición. El escritor no puede conocer la reacción real del lector.

La lengua oral y escrita constituyen dos códigos diferentes y autónomos que vinculan la misma lengua. Ambos necesitan un determinado contexto cultural para desarrollarse y ser aprendidos. Los dos son capacidades comunicativas potenciales del individuo. El lenguaje oral y el lenguaje escrito comparten características estructurales, pero desarrollan funciones diferentes, por tanto podemos decir que no estamos frente a una misma lengua expresada en dos formas diferentes, sino ante dos lenguas diferentes.

Por su parte Todorov opina que:

La lengua se define como un código, entendido por ello la correspondencia que se establece entre imágenes auditivas y conceptos. El habla es la utilización, la actualización de este código por los sujetos hablantes. La lengua es pura pasividad. Su posesión pone en juego únicamente las facultades receptoras del espíritu, en primer término la memoria.

El código lingüístico consiste solamente en una multitud de signos aislados (palabras, morfemas), cada uno de los cuales asocia un sonido a un sentido particular. La lengua es un tesoro donde se almacenarían los signos (por otro lado admite que se necesita una facultad de coordinación para clasificar esos signos). En cuanto a la organización de los signos en frases y la combinación de sus sentidos para constituir el sentido global de la frase, en la medida en que ambas implican una actividad intelectual, habría que atribuirles al habla, al empleo de la lengua.

En conclusión él opina que la lengua es un fenómeno social, mientras que el habla es individual.⁹

1.5 LA LECTURA

Una definición formal nos señala: Por lectura se entiende el proceso de reconocimiento e interpretación de los símbolos de la escritura y su traducción en sonidos articulados cuando se trata de la lectura oral.

Según J. Dowling, "la lectura es toda variedad de conductas que el común de la gente incluye cuando dice que alguien está leyendo. Esto supone la traducción de la palabra impresa, tanto a los sonidos de la lengua hablada como a su significado"¹⁰

La lectura puede ser una gran aventura, sobre todo cuando se hace con interés y gusto. De aquí que se consideren o desglosen 6 tipos de lecturas:

+ **RUTINARIAS:** Son las que hacemos sin prestar ninguna atención particular, por mero y casi mecánico funcionamiento visual (carteles, etiquetas, indicadores). Hasta el periodo en el cual fijamos nuestra atención, muchas veces consiste sólo en una rutina.

+ **OBLIGATORIAS:** Son las que se apoyan, o apoyan una relación productiva de base económica con la realidad en su conjunto: las lecturas inherentes al trabajo que se realiza, a los libros de estudio, materiales de cuyo conocimiento hay que dar cuenta en algún momento.

+ **PLACENTERAS:** Están situadas en lo extraordinario y fuera de espacio económico anterior mencionado, aunque puedan regresar a él debido a situaciones especiales: una novela.

+ **LECTURA RECREATIVA:** Es la que al leer un poema de amor o una novela fantástica o social, en algún sentido nos perfecciona, proporcionándonos ciertas nuevas experiencias y sentimientos que nos ayudan a madurar. La poesía, obrando sobre la sensibilidad, ensancha los confines de los mundos interiores y la novela ofrece a la sed de experiencia la riqueza de un vasto mundo imaginativo.

+ **LECTURA DE PERFECCIÓN:** Es aquella que se realiza por cultura al margen de nuestra limitadísima dedicación específica de estudiantes o profesionales: se puede constituir en algún modo un ensayo imaginativo, una diversión en el sentido etimológico, al permitirnos mirar con otra óptica distinta a la que estamos acostumbrados a utilizar en nuestra particularidad.

+ **LECTURA CULTURAL:** En esta caben diversos contenidos de ciencia, de filosofía, de arte, de espiritualidad: participa en algo del intento de ensayo imaginativo, pero propiamente es una lectura de perfección. ¹¹

Por su parte, Alonso González nos dice que la lectura es un proceso complejo, en el cual el lector, con toda su carga de experiencia previa, reconstruye el sentido del texto y lo incorpora a su propia realidad, la lectura es un arte de comunicación que permite un encuentro personal entre el lector y el escritor y propicia el cambio de estados internos del lector. ¹²

Dentro de mi propuesta me inclinaré por las lecturas de tipo recreativas, ya que lo que yo busco es adentrar a los niños en un mundo mágico, donde puedan desplegar su imaginación y logren olvidar la situación que viven.

Quiero conseguir que ellos, leyendo, viajen a lugares donde no exista el dolor: y si lo hay, puedan entenderlo y manejarlo mejor.

CAPÍTULO 2

LA ENFERMEDAD Y EL HOMBRE

2.1 SALUD Y ENFERMEDAD

El estado de salud del individuo es fundamental, para que se desarrolle adecuadamente tanto en forma física como intelectual.

Dentro de este concepto de salud se consideran diferentes opiniones de autores y organizaciones, las cuales se mencionan a continuación.

La OMS define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”.¹³

Por su parte, Alfonso Quiñones la define de la manera siguiente: “salud es por esencia dinámica, sufre desviaciones en más o menos, pero tal variación se produce dentro de ciertos límites, de modo que los cambios resultantes no repercuten en la anatomía y fisiología del individuo, permitiéndole el desarrollo de sus capacidades y el desempeño de las actividades que socialmente le corresponden.”¹⁴

La salud depende de las:

- * Condiciones biológicas del individuo, como la herencia, la edad, el sexo, etc.

- * Condiciones del ambiente natural, como la altitud, latitud, hidrografía, flora, orografía, fauna, radiaciones solares, variaciones climáticas, etc.

* Condiciones socioeconómicas, como la clase social a la que se pertenece, la ocupación, el ingreso, la cultura, la ideología, etc.

Otro concepto de salud lo proporciona la Subdirección General Médica del ISSSTE: "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. Siendo la resultante de la interacción de factores biológicos, sociales, económicos y culturales".¹⁵

No podemos considerar la salud como la utópica ausencia de toda enfermedad, sino como la capacidad de desenvolverse con eficiencia dentro de un cierto medio ambiente y cómo éste cambia constantemente. La buena salud entraña un proceso de adaptación continua a los millares de microbios, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre. Por eso la salud es un término relativo, difícil de definir.

La enfermedad consiste en la alteración más o menos grave de la salud. También la podemos definir como la alteración de la normalidad de cada sujeto en su esfera física, mental o espiritual, sea esta anormalidad percibida o no por el que la padece.

Generalmente nuestro cuerpo nos avisa cuando estamos dañando nuestra salud, puesto que en ocasiones nos sentimos tristes, sin deseo de realizar alguna actividad o trabajo. Es aquí donde nuestro cuerpo, al sentirse indisposto, rechaza todo esfuerzo o intento que se requiera llevar a cabo.

De acuerdo con los conceptos antes mencionados, considero el más idóneo el de la Subdirección General Médica, ya que la salud del individuo depende tanto de lo

psíquico como de lo físico. Para que haya salud de manera integral, es importante un desarrollo adecuado tanto biológico, como social, económico y cultural, los cuales son factores que influyen en la formación del individuo. A través de la educación que se brinde, se adquirirá conocimientos, conductas, hábitos, para motivar en la persona la participación activa, consciente y responsable para el cuidado de la salud, la de la familia y la de la comunidad.

En consecuencia, estos dos procesos, educación y salud, se unen para lograr el bienestar integral del individuo.

2.2 ENFERMEDADES-ONCOLÓGICAS

Todos los tumores pertenecen a este tipo de enfermedades. Un tumor es una neoplasia o un nuevo crecimiento de tejidos en el que la multiplicación de células no se encuentra totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y generalmente tiene un carácter progresivo.

Los tumores benignos cuentan con células muy semejantes a las del tejido normal del que se derivan. Tienen una forma expansiva de crecimiento y son redondos o encapsulados, si se encuentran en un órgano sólido, o forman un pólipo, si están en una superficie. Su acción nociva se debe a que comprimen pero no pueden invadir órganos cercanos. Sin embargo, tienden a regenerarse localmente después de su extirpación. Por ejemplo, un pólipo intestinal.

Los tumores malignos se conocen habitualmente con el nombre de cáncer: “El cáncer se origina en una sola célula y da lugar a una reproducción desordenada de

ellas mismas, que no tienen diferenciación celular normal, su crecimiento no es regulado y tienen la capacidad de crecer y diseminarse por todas partes del cuerpo (metástasis) “. ¹⁶

Antes de pasar a la descripción de las características del niño oncológico, que es realmente del que me interesa hablar, plasmaré una breve semblanza de lo que es el niño.

Los niños son seres sociales. Nacen dentro de un grupo social y todos los aspectos de su desarrollo, entre ellos el físico, el intelectual y el cognoscitivo los cuales reciben influencia de la sociedad.

En un principio, los infantes dependen por entero de esta sociedad, más tarde, a medida que socializan, aprenden de la misma, muchas destrezas fundamentales. Por último, ya como seres verdaderamente sociales, los demás depositan su confianza en ellos y esperan que sean miembros útiles a la sociedad. Puesto que el desarrollo humano y la supervivencia misma no serían posibles sin las sociedades, resulta necesario comprender los fundamentos del desarrollo social. ¹⁷

2.3 EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN LOS NIÑOS

Este apartado pretende esbozar algunos de los efectos que sufren los niños como producto de estas enfermedades y los periodos largos de hospitalización que éstas provocan.

2.3.1 EFECTOS FISIOLÓGICOS

"Cada uno de nosotros ha nacido como individuo por derecho propio. Cada uno de nosotros es diferente de cualquier otro individuo, en primer lugar, a causa de lo que existe ya como observable en él al nacer y en segundo, en virtud de las potencialidades depositadas en la célula germinal"¹⁸. Esta dotación genética es modelada por todas las experiencias que el niño tiene; así que el ambiente en que éste se desarrolla es fundamental para moldear su personalidad, que contendrá todo un cúmulo de conductas psicosociales, la integración de las características cognitivas, afectivas y socializantes, lo harán ser reconocido por los demás y por él mismo como un ser singular y hasta cierto punto autónomo.

Cuando existe una discordancia entre el ambiente y la funcionalidad fisiológica del niño, ya sea hereditaria o adquirida, como en el caso de los niños oncológicos, se trastorna temporalmente el equilibrio que haya tenido con él mismo.

Los principales problemas fisiológicos causados por una disfuncionalidad o insuficiencia y sus tratamientos, en este caso las enfermedades oncológicas, se relacionan de la siguiente manera:

Primeramente con la agresión que está recibiendo en su cuerpo el enfermo y que conduce a una respuesta interna que lo desgasta, porque sus funciones no se realizan normalmente debido a los fármacos administrados, esto aunado a que su metabolismo se encuentra acelerado por estar tratando de eliminar el agente agresor.

En segundo lugar, en numerosas ocasiones la pérdida de apetito o una dieta estricta producen una pérdida de energía corporal y consecuentemente de peso, que se manifiesta por un desánimo generalizado. En algunos pacientes, en ciertos momentos es tan marcada que, aunque lo deseen, no están en posibilidades de hacer las cosas o las efectúan con dificultad.

En tercer lugar, el paciente experimenta dolor, que es una sensopercepción displacentera que lo afecta y puede fijarse tanto en él, que no pueda olvidarlo y comience a temerle, o bien, interpretarlo como una amenaza de múltiples consecuencias, lo que desde luego, lo afecta en su totalidad.

2.3.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS

El estudio de estos efectos psicológicos se ha privilegiado sobre los otros; de hecho se han realizado multitud de trabajos teóricos e investigaciones clínicas acerca de ellos en el campo de las enfermedades oncológicas y sus largos periodos de hospitalización.

Muchos de estos estudios han señalado que las necesidades emocionales básicas del niño son: la necesidad de sentirse seguro y protegido por sus padres, la de ser amado y comprendido por ellos y la de tener oportunidades para expresar sus hostilidades y antagonismos para así aprender a manejarlos. Los principales temores del niño son el miedo a ser abandonado, el de no ser amado y el de ser dañado corporalmente.

Por todo ello, es fácil comprender que cualquier situación que no permita que estas necesidades sean cumplidas o que aumente los temores que tiene se convertirá en un efecto nocivo para su equilibrio psicológico.

La primera manifestación de un paciente, al ser internado, se relaciona con la angustia de separación, en un rango de normalidad, que experimenta al ser alejado de cierta forma de sus padres o personas queridas, a quienes ya no estará en libertad de ver, oír o visitar a placer. Esta situación puede convertirse con el tiempo en un trastorno patológico, cuando el enfermo siente que va a ser abandonado y que no volverá a reunirse nunca con ellos, por lo que se vuelve obsesivo y no quiere estar solo ni un momento.

En cualquier situación busca la protección de sus seres queridos como un apoyo psicológico, porque en realidad poco pueden hacer ellos en cuanto al dolor que proviene de los tratamientos, aunque sí pueden infundirle ánimo y confianza sobre su recuperación.

Otro problema es el de la depresión que sienten al no ser su recuperación tan pronta como ellos quisieran y que expresan por medio de tristeza, desesperación o pérdida del interés. A veces no quieren hablar con nadie, sólo desean ponerse una coraza y encerrarse en sus pensamientos, los cuales desafortunadamente, al no ser positivos, pueden causarles mucho daño y empeorar su estado. De aquí la importancia de la afectividad en la relación, tanto de los profesionales de salud como de toda su familia, para hacerle entender que están con él, que lo quieren, lo comprenden y lo apoyan en esa dura empresa y que, esto es vital, su situación no constituye una carga para ellos, por que este sentimiento de culpa lastima mucho al niño; por lo que debe

establecerse una comunicación estrecha, en la que se planteen todas las interrogantes que se tienen a fin de sobrellevar de la mejor manera el conflicto.

El temor al daño corporal que puedan sufrir los enfermos acentúa su predisposición a no estar en un hospital y éste es un problema que, considero, se ha visto agravado desde que el niño tiene uso de razón, porque es muy común que las madres les digan a sus hijos cuando van al doctor, “pórtate bien o si no te van a inyectar,” y esto se fija en la mente de ellos, de tal manera que es lo primero que recuerdan al ingresar, situación que se vuelve realidad más pronto de lo que hubieran imaginado, ya que son sometidos a una serie de análisis y estudios que superan con mucho una simple inyección. A pesar de su temor y de su dolor, el enfermo acepta todo lo que hacen en beneficio de su salud, pero exige ser tomado como un ser humano con el derecho de ser avisado de lo que se le practicará realmente. En verdad lo indigna que se le engañe y a partir de ese momento se muestra desconfiado de todo y de todos.

Para evitar esto se necesita que el médico establezca con el paciente una relación interpersonal significativa, que sea más de amistad que de profesionalidad, que redunde en una corresponsabilidad para restituir el equilibrio perdido del niño.

Por todo eso, es esencial considerar que la adaptación del niño a este nuevo ambiente, hostil para él, se torna las más de las veces dramático y conflictivo, por lo que se debe buscar un clima emocional en el que sienta amor, no sólo dado por los padres, sino por todos los que están a su alrededor; bajo el entendido de que la vida del niño presenta dos aspectos. Uno es el cuidado y la responsabilidad absolutamente necesarios para la conservación de la vida del niño y su crecimiento. El otro aspecto va más allá de la mera conservación.”Es la actitud que se inculca en

el niño en relación con el amor a la vida, que crea en él el sentimiento positivo de estar vivo, de ser una criatura, de estar sobre esta tierra”¹⁹. Con ello se puede evitar que el paciente adquiriera el llamado “síndrome de hospitalismos,” que se manifiesta básicamente como un retraso en el desarrollo tanto físico como mental acompañado a una propensión a adquirir enfermedades, el cual da paso a una depresión analítica, en la que el niño presenta un periodo de marasmo y depresión generalizada que conduce a un decremento de sus funciones vitales, lo que puede culminar en la muerte. Afortunadamente la mayoría de los pacientes escolares no llega a este extremo, pero sí muestra algunos síntomas congruentes con las condiciones psicológicas que los rodean, sobre todo los que vienen de lugares apartados y solamente cuentan aquí con una persona que los atiende, debido a que se ven obligados a estar solos cuando esta persona sale para satisfacer sus necesidades o, si es la madre, cuando se traslada a su lugar de origen para mirar por los otros miembros de su familia.

2.3.3 EFECTOS SOCIALES

La estancia prolongada en un centro hospitalario causa, desde luego, efectos a nivel social, ya que, en primer término, el paciente es separado de su núcleo familiar, escolar y social; y en oposición a éstos, se le instala en un medio de atención a la salud donde es, al igual que muchos, un desconocido al que se trata con cortesía pero sin mucho afecto.

Al comienzo el enfermo se encuentra desubicado y un tanto confundido al igual que su familia, pero poco a poco va estableciendo nuevas relaciones con otros pacientes y con los médicos y enfermeras que lo atienden, aunque éstas son inestables debido

a los cambios de niños y de turnos, pero mantiene relaciones más estables con su familia y algunas amistades; de hecho, algunos que han pasado el impacto inicial o se encuentran en una etapa de remisión, parece que disfrutaban con ser el centro de atención de toda la familia.

Un trastorno social que se da frecuentemente es el de la evitación, por el que el paciente, aunque por un lado insiste en tener a alguien que lo acompañe, por el otro lo ignora, y pueden pasar horas en que se trate de establecer comunicación entre ambos y el niño conteste con una sola palabra a cada pregunta y finja que se encuentra entretenido en otras cosas. En mi opinión esta actitud podría interpretarse como una forma de castigo que proviene de algo que lo molestó y en lo que no se sintió apoyado o protegido. No es un caso patológico en el que de verdad se inhiba y tema toda relación social. También podría presentarse como resultado de un aspecto físico deteriorado por la enfermedad y los tratamientos.

Por otro lado, el hecho de que haya un enfermo en la familia, la coloca en crisis porque este hecho altera el equilibrio y la dinámica, repercute en todos los miembros y tiene que efectuarse una reorganización en este núcleo, porque inicialmente la familia no reconoce la gravedad de este problema. Después en forma gradual o súbita adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves y hay cambios en la conducta de la familia hacia la personita enferma, por lo que se hacen ajustes para afrontar la situación. Desde luego, todo eso no es fácil, ni puede darse de un día para otro; ahora la familia tiene que dividirse, ya que la madre, en la mayoría de los casos, se queda con el niño enfermo y desatiende a los otros, hijos si los tiene, los que se ven puestos en segundo plano al cuidado de quien pueda hacerlo, lo cual crea ciertos resentimientos entre ellos.

Esto no sucede así porque se desee, sino debido a que se considera lo más acertado, ya que el padre debe seguir trabajando para cubrir los gastos de la familia y los nuevos que surjan; aunque no por ello tenga que permanecer alejado del niño, pues siempre encontrará un tiempo para estar con él. Cuando se cuenta con familiares dispuestos a apoyar, el problema disminuye para los padres y para el enfermo también, ya que se puede establecer otro tipo de relaciones, juegos, pláticas o bromas que no haría con la madre.

Además, en los miembros de algunas familias se da un fenómeno de retraimiento, debido a que no quieren ser vistos con lástima por los integrantes de su núcleo social, lo que aumenta su tensión y los hace ver con más pesimismo su realidad.

Por todo lo anterior, tanto el enfermo como los integrantes de la familia se ven sometidos a un proceso de desvinculación familiar y social, que pudiera generar una dinámica interna que dificultaría el retorno a su estado de equilibrio.

2.3.4 EFECTOS PEDAGÓGICOS

De todos los efectos que pudiera tener para un niño el hecho de pasar gran parte de su tiempo inmerso en un ámbito hospitalario, los de tipo pedagógico prácticamente no han sido considerados, quizá porque ha faltado la visión de complejidad de la personalidad del paciente escolar para quien su desvinculación de un proceso escolarizado tiene grandes repercusiones, o simplemente debido a que se toman como una parte de los procesos y efectos sociales en su conjunto, o tal vez por estar conformada por una minoría con características especiales que está sufriendo los

efectos de su internamiento. Si recapacitamos que existen diversos tipos de educación especial para niños con problemas, tenemos que reconocer que estos niños hospitalizados poseen una incapacidad y merecen tener atención pedagógica diseñada para ellos.

Para los enfermos en edad escolar, un internamiento prolongado o de varios periodos intermitentes acaba con sus esperanzas de éxito escolar, por lo menos en ese año, ya que es medido como igual con seres desiguales que no se encuentran viviendo ni sufriendo lo que él, ni tampoco tienen que distraer su atención de la escuela al recibir determinados tratamientos. Este problema también incluye a todos aquellos que por las mismas razones se han visto imposibilitados para acceder a los niveles educativos formales, porque sus padecimientos se manifestaron poco antes de que pudieran ingresar.

Quizá todo esto carecería de importancia si al niño no le preocupara esta cuestión, pero, por el contrario, es claro que le interesa y no sólo eso, sino que se despierta en él un afán de saber y de conocer lo más posible lo que le sucede y después como una opción de completitud, saber si reanudará sus actividades en el ámbito escolar. Ahora tienen una nueva forma de ver su mundo y quiere conocer, investigar, practicar, equivocarse y corregir, no desea más verdades hechas, lo que busca es la comprensión y construcción de sus conocimientos: “De esto se desprende que para él la meta principal de la educación no es aumentar la cantidad de conocimientos, sino el crear las condiciones para que invente y descubra, para que al crear sea capaz de crear cosas nuevas.”²⁰

Su pensamiento va evolucionando y no podemos mantenerlo en un estado anterior, por lo que es esencial dotarlo de los elementos necesarios para que él alcance las metas que se proponga y de esta forma su estancia esté más cercana a su realidad y a su interés.

2.3.5 EFECTOS AXIOLÓGICOS

El término axiológico se relaciona con la escala de valores que el individuo posee. La familia es el núcleo central que transmite diversos valores a sus miembros, en congruencia con los que posee internamente, con los de la comunidad en que se encuentra ubicada en particular, y con los que establece la sociedad en general.

En el internamiento, los valores que posee el niño se ven afectados porque a éstos se unen dos sobre los que pocas veces ha reflexionado: el valor de la vida y el de la muerte.

Cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad crónica y se le explica en qué consiste y cuáles son los trastornos y tratamientos, todo debe hacerse en términos comprensibles para él, ya que tiene derecho a que le digan la verdad.

Su primera reacción es la negación de la realidad, por lo que piensa y trata de convencerse de que no es posible que esto le esté ocurriendo a él, que los médicos deben estar equivocados o que quizá hubo una confusión en los análisis. Mientras el niño esté convencido de que él puede y debe cambiar el mundo en derredor mediante la omnipotencia del pensamiento, cree que todos los demás pueden hacer lo mismo. Después de la aceptación del hecho, le viene un resentimiento profundo,

en el que la pregunta “¿Por qué a mí y no a otro?”, lo obsesiona; no le importa que el otro sea su hermano o alguien muy querido, lo que quisiera es no ser él quien se encuentra en este trance. Pasado el tiempo, se da una etapa de regateo, en la cual el niño trata de hacer méritos: “A fin de ser, digamos, perdonado y soporta estoicamente todo lo que le prescriben siempre con la esperanza de curarse. En general, no llega a la última etapa que consiste en una depresión preparatoria en la que asimila la idea de su muerte y se prepara para ella.”²¹

Los niños pueden reaccionar de diferente manera ante su problema, porque realmente no tienen una idea muy clara de lo que sucede, o si la tienen pueden no aceptarla; por ello durante su internamiento, y especialmente si cuentan con sus padres y familiares involucrados en su caso, establecen una especie de trueque: estancia, tratamiento y dolor por juguetes, revistas, cintas, juegos, etc. Ésta es una actitud de cambio de valores, pues es un chantaje que no debería tolerarse, pero nadie se atreve a negarse, porque cada uno intenta contribuir un poco a que el niño tenga algunos momentos felices entre tantos otros que le son difíciles.

Sin embargo, existe también el otro lado de la relación, en la que el paciente, al percibir un estado crítico de tensión en sus familiares, intenta tranquilizarlos diciéndoles que está bien, que no se preocupen, que pronto se va a curar, etc. Aunque eso sea no del todo cierto, su interés es legítimo y noble, ya que oculta sus sentimientos en beneficio de los demás.

CAPÍTULO 3

LA PROPUESTA DE LA SALA DE LECTURA PARA EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”

3. 1. EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”

Los primeros antecedentes sobre la creación del Hospital Infantil de México se remontan al año de 1926, cuando se fundó la Casa Cuna de Coyoacán, donde ingresaron seis médicos pediatras con la intención y anhelo de adquirir los

conocimientos que los llevaran al perfeccionamiento de la atención de los niños. Durante el período de Don Abelardo Rodríguez como presidente de la República, ante la necesidad de atender a la población infantil del país, se inició la construcción de un hospital en la Ciudad de México, pero debido a problemas económicos y políticos se suspendió el proyecto. Años más tarde, los miembros de la Sociedad Mexicana de Pediatría, entre los que destacó el Dr. Federico Gómez Santos, insistieron ante las autoridades para continuar esta obra, la que culminó durante la gestión del presidente Manuel Ávila Camacho, con apoyo de los doctores Gustavo Baz y Salvador Subirán, secretarios de Salubridad y Asistencia Pública respectivamente. Así se fundó el Hospital Infantil de México, en la calle de Doctor Márquez # 62. Desde entonces se encuentra ubicado en esta dirección, en la colonia Doctores de la Delegación Cuauhtémoc.

Se inauguró el 30 de abril de 1943 y el Dr. Federico Gómez fue nombrado su primer director. Esta institución fue creada como un organismo descentralizado dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, mediante ley expedida por el Congreso de la Unión el 23 de junio de 1943.

En el año de 1964, el grupo directivo del Hospital Infantil de México, en colaboración con todos los médicos de la Institución, diseñaron, con apoyo del arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, el edificio que sería la nueva sede del Hospital Infantil de México, cercano a la zona de hospitales en el sur de la Ciudad de México. Sin embargo, antes de que la obra llegase a su fin, un decreto presidencial destinó dicho edificio al Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, el cual se convertiría años después en el Instituto Nacional de Pediatría.

En febrero de 1980, por acuerdo del Patronato y en reconocimiento a su fundador, se decidió que la Institución llevara su nombre: Hospital Infantil de México Federico Gómez.

En 1983, se creó la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud. El Hospital, como institución de tercer nivel y por su prestigio como cabeza de la pediatría a nivel nacional y latinoamericana, pasó a formar parte de la misma, es decir, fue reconocido como uno de los nueve Institutos Nacionales de Salud.

En el año de 1990, después de la visita del presidente de la República, Lic. Carlos Salinas de Gortari, a las instalaciones del Hospital y ante la presentación del proyecto de un nuevo edificio, se aprobó la edificación del mismo. El 15 de diciembre de 1992 las autoridades del hospital colocaron la primera piedra de lo que sería el nuevo edificio del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

El 30 de noviembre de 1994, se inauguró el nuevo edificio, que continúa dando servicio a la enorme demanda de niños enfermos que aumenta día a día en nuestro país. El cambio de las instalaciones del nuevo edificio, de los diferentes departamentos y servicios del hospital concluyó en el mes de marzo de 1996 y entraron en funcionamiento al cien por ciento en abril de ese mismo año.

Durante todos estos años el Hospital ha atendido a más de 7,000,000 de niños en sus diferentes departamentos y servicios de especialidades pediátricas, y se han formado hasta 1995 un total de 7,698 médicos especialistas en pediatría médica, cirugía pediátrica y otras 20 subespecialidades pediátricas.

Aproximadamente la tercera parte de ellos son de procedencia extranjera, principalmente de países de Latinoamérica y del Caribe, pero también de Europa y de Estados Unidos.

También es importante señalar que en el año de 1943 se inició el curso de enfermería pediátrica, que a partir de entonces y hasta la fecha ha formado más de 1,300 enfermeras pediatras, nacionales y extranjeras. Se cuenta también con egresadas de diversas ramas paramédicas como nutrición, carreras técnicas, además diversas maestrías y doctorados.

¿Por qué mi interés de hacer una tesina con respecto a este tema y este hospital?

Soy paciente del servicio de oncología, en 1992 me fue diagnosticada una leucemia aguda linfoblástica y desde entonces acudo a este hospital.

Durante los primeros años de tratamiento yo no pude darme cuenta de la falta que hace un espacio donde uno como paciente pueda olvidarse un poco de lo que está viviendo. Al concluir mi tratamiento, decidí estar de voluntaria en dicho servicio.

El servicio de oncología está formado por dos salas: la de internamiento y la del paciente ambulatorio. Mi propuesta está dirigida a desarrollarse dentro de la sala de quimioterapia (paciente ambulatorio). Porque dentro de la otra sala los niños se encuentran en un estado más delicado, canalizados y algunas ocasiones conectados a aparatos que imposibilitan su movimiento.

El paciente de la sala de quimioterapia pasa gran parte del día ahí esperando la aplicación de su medicamento y en ocasiones dos o más días, viendo sólo transcurrir el tiempo dentro de su dolor.

3. 2. PROPUESTA

Mi propuesta consiste en la creación de una sala de lectura que contenga las características de una biblioteca donde se pueda:

- * Motivar y fomentar el amor a la lectura y a la vida misma.
- * Lograr un desarrollo integral del niño.
- * Fomentar la generación del conocimiento.

Toda sala de lectura tiene un reglamento, éste es el punto con el que comenzaré mi propuesta.

3. 2. 1. REGLAMENTO

- El préstamo y el uso serán solo para niños en espera de la aplicación de Medicamento.
- Los libros no podrán salir de la sala sin autorización.
- Se deberá entregar los libros a los encargados después de su uso.
- Está prohibido marcar los libros y el mobiliario.
- Se prohíbe romper los libros y el mobiliario de la sala.
- No se permitirá la introducción de alimentos en la sala.
- Se deberá leer en voz baja.

- Se respetarán los turnos de usuario.
- Se evitará hablar fuerte y reír a carcajadas.
- Se deberá respetar a todas las personas de la sala.

3. 2. 2. SELECCIÓN DEL ACERVO

SM es la editorial con la que decidí trabajar mi propuesta, a partir de la colección “Barco de Vapor “. De esta colección tomaré las siguientes clasificaciones:

Color amarillo: Primeros lectores.

Este primer bloque de lecturas está pensado en los niños pequeños, que comienzan a leer y escribir. En estos libros predomina el género narrativo y la gran variedad de ilustraciones.

NIVEL	EDAD	TÍTULO	TEMAS	VALOR
--------------	-------------	---------------	--------------	--------------

1	3-6	Patatita	Aventuras	Alegría de vivir
		Miguel y el Dragón	Animales Humanizados	Amistad
		El fantasma del palacio	Fantasía	Amistad
		El mono imitamonos	Humor	Agradecimiento
		Berni	Aventuras	Belleza Interior
		Pirulí	Familia	Amor
		La abuela Filomena	Familia	Alegría de vivir
		El sapo hechizado	Fantasía	Ternura
		Amigo de palo	Escuela	Bondad
		Mama Tlacuache	Familia	Ternura

Color Morado: Está diseñada para cubrir las necesidades de lectura de los alumnos de tercero de primaria, quienes ya son capaces de leer sin ayuda de nadie.

NIVEL	EDAD	TÍTULO	TEMAS	VALOR
2	7-8	Abuelita opalina	Escuela	Bondad
		Caramelos de menta	Amistad	Juego
		Ingo y Drago	Familia	Libertad
		Peluso	Fantasía	Sentido de la vida
		Molinete	Aventuras	Amistad
		Las vacaciones de Sinforoso	Humor	Amistad
		Racatuplan	Fantasía	Perseverancia
		Jeruso quiere ser gente	Policiaico	Amistad
		Rabicún	Familia	Bondad
		El mar de Ana	Fantasía	Respeto

Color naranja: Este bloque contiene textos para niños que están en la edad escolar de cursar entre cuarto y quinto de la primaria. Estos libros son más extensos en los géneros de novela, poesía, cuento y relato, tiene pocas ilustraciones.

NIVEL	EDAD	TÍTULO	TEMAS	VALOR
3	9-10	Las aventuras de Vania el forzudo	Familia	Perseverancia
		Fray Pedro y su borrico	Humor	Bondad
		La nariz de Moritz	Fantasía	Amistad
		Mi hermana la pantera	Países y civilizaciones	Amor a los animales
		Kimazi y la montaña	Países y civilizaciones	Sentido de la vida
		Terror en Winnipeg	Aventuras	Cariño Familiar
		El tío Willibrord	Familia	Bondad
		Cucho	Relación adulto niño	Cariño familiar
		Las ballenas cautivas	Animales	Amor a los animales
		La tierra de las papas	Familia	Amistad

Color azul: Este bloque sería para niños más grandes, por ejemplo sexto grado o comienzos de secundaria. El texto es el principal elemento en estos libros.

NIVEL	EDAD	TÍTULO	TEMAS	VALOR
4	10 – 12	La hija del espantapájaros	Familia	Libertad
		El maestro y el robot	Escuela	Amor a la lectura
		El fabricante de lluvias	Aventuras	Cariño familiar
		Ha llegado un extraño	Aventuras	Hospitalidad
		Bibiana y su mundo	Familia	Amistad
		Viaje contra el viento	Aventuras	Alegría de vivir
		Memorias de una vaca	Aventura	Libertad
		La secreta misión del 6.21	Familia	Bondad
		El galeón de Filemón	Pandillas	Bondad
		El agua de la vida	Fantasía	Amor

3. 2. 3. PERSONAS AUTORIZADAS.

Las personas que podrán trabajar en dicho proyecto son las que tengan un perfil afín con las necesidades y características de la población que utilizará dicha sala, como pasantes de la licenciatura quienes realicen prácticas profesionales u ofrezcan trabajo social o de las siguientes licenciaturas:

- Pedagogía.
- Psicología
- Trabajo social.

Profesionales de las carreras de:

- Psicología.
- Trabajo social.
- Educadoras.

3. 2. 4. HORARIO DE SERVICIO

El horario de servicio de la sala será de 8 a 4 p.m., el cual estará dividido en dos

Bloques:

Matutino y vespertino, el horario matutino será de 8 a 12 y estará atendido por los profesionistas, considerando que este horario es el de mayor población dentro del servicio y si llegara a presentarse alguna emergencia ellos por su mayor experiencia podrán darle pronta solución o un mejor manejo. No considero que los practicantes o prestadores de servicio social no puedan atender esas situaciones, pero dadas las características de los niños me parece conveniente este orden.

El turno vespertino será de 12 a 4 p.m., estará atendido por las personas en prácticas o servicio social.

3. 2. 5. MOBILIARIO Y MATERIALES DIDÁCTICOS

La sala tendrá una capacidad para 20 niños, contará con un mobiliario adecuado para éstos: mesas, sillas con puntas redondeadas para evitar accidentes. Se contará con un espacio acondicionado con alfombra, por si algún niño desea tomar una posición diferente; este espacio es recomendado para cuando alguna persona les lea un libro a los niños.

El decorado será cien por ciento infantil y con colores en tono pastel, se contará con un anaquel para la ubicación de los libros y una mesa que funcionará como escritorio para los encargados.

Dentro de la sala se contará un pizarrón de corcho para colocar las notas importantes, un pizarrón blanco y atriles de acuerdo al tamaño de los libros.

Además se dispondrá de materiales como:

- Hojas blancas (carta y oficio).
- Colores de madera.
- Crayolas.
- Marcadores.
- Sacapuntas.

- Gomas.
- Lápices.

3. 2. 6. LIBROS DE CONTROL

Dentro de la sala se manejarán dos libros:

El primero será de registro de asistencia, donde se escribirá el nombre del niño, el día, la hora de entrada y salida.

En el segundo se dará espacio o libertad al niño para comentar sus opiniones de la sala, libros y servicio. Dentro de este libro se anexará un espacio para las sugerencias.

3. 2. 7. PRÉSTAMO DE LIBROS

El préstamo de los libros será solamente dentro de la sala. No se permitirán los préstamos a domicilio. Hay niños que tienen periodos de descanso muy largos entre cada tratamiento o pacientes que vienen de diferentes estados del país. Estos periodos tan largos afectarían el servicio de la sala, puesto que no se daría una circulación de materiales entre los usuarios y cabe la posibilidad de que se perdieran los libros en el traslado de su casa al hospital o viceversa.

El control de los libros dentro de la sala se llevará en un cuaderno de registro, donde se anotará el nombre del libro, el número de serie y el color en el que está clasificado.

Cada fin de mes se realizará un inventario de los materiales con los que cuenta la sala, para así tener un mejor control y manejo de los mismos.

3.2.8 LINEAMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO DE ESTE PROYECTO.

Esta propuesta considera la revisión como un proceso permanente. Por ello será necesario tomar en cuenta al menos los siguientes aspectos a fin de verificar su adecuado funcionamiento.

- Adquisición de material.
- Selección de personal.
- Catalogación y clasificación del material.
- Horarios de servicio.
- Características del mobiliario.
- Control y manejo de libros.
- Inventario.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido de mucho enriquecimiento para mi vida. Desarrollarlo fue difícil, ya que este camino estuvo lleno de obstáculos, muy grandes que creí que no podría superar. En muchas ocasiones consideré desertar, pero sabía que estaría dejando morir uno de mis más grandes sueños.

Llegar a la meta ha sido difícil, pero hoy puedo considerarme exitosa, porque sé que este trabajo no será en vano, porque con él ayudaré a muchos pequeñitos, que como yo, hoy viven una experiencia como ésta.

Ser paciente oncológico es muy difícil, pero es más serlo cuando sólo se ve transcurrir el tiempo pensando que la vida se detuvo ahí.

Esta sala de lectura será un lugar amigo de los niños, un lugar donde podrán echar a volar su imaginación y comprender que no son los únicos dentro de este ambiente.

La propuesta podrá adaptarse según la disponibilidad de recursos con que se cuente. Pondré todo lo necesario para lograr que los niños al entrar a la sala logren sentir que cambian de dimensión, para que el olvido de su enfermedad sea completo, aunque sea por breve tiempo.

Con este trabajo pude reafirmar mis conocimientos y ampliarlos, me queda un buen sabor de boca, pues con él logré aumentar mi acervo cultural.

Espero que este trabajo pueda ser leído por muchas personas y que sea de gran utilidad para las generaciones siguientes.

Espero sinceramente lograr mi objetivo, considero que mi sueño está cumplido.

NOTAS

¹ LEVI-STRAUSS, Claude. *Antropología estructural*. Buenos Aires, Eudeba, 1975, p. 65.

² CRUZ, Pola. *La comunicación: proceso social*. México, UPN, 1998, p. 53.

³ SAPIR, Edward. *Comunicación*. Nueva York, Seggil, 1972, p. 180.

⁴ *ibidem*, p. 130

⁵ *Ibidem*, p. 135.

⁶ Citado por: ÁVILA, Raúl. *La lengua y los hablantes*. México, Trillas, 1979, p. 156.

⁷ Cfr. DE MOROGAS, Miguel. *Teorías de la comunicación*. México, FCE, 1982, p. 86.

⁸ Citado por: GÓMEZ JARA, Francisco. *Sociología*. México, Porrúa, 1986, p. 427.

⁹ TODOROV, T. *Diccionario enciclopédico de ciencias del lenguaje*, Madrid, Siglo XXI, 1974, p. 142.

¹⁰ DOWING, J. *Madurez para la lectura*. Buenos Aires, Kapeluz, 1974, p. 8.

¹¹ Cfr. JITRIK, Noé. *La lectura como actividad*. México, Colección Fontamara, 1997, p. 31.

12 *Cfr. Ibidem*, p. 37.

13 ISSSTE. *Educación para la salud*. México, 2000, p. 38.

14 QUIÑONES, Alfonso. *Ciencias de la salud*. México, Porrúa, 1985, p. 16.

15 ISSELBACHER, Kart. *Principios de medicina interna*. Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, 1994, p. 329.

16 *Cfr.* CANDRESS, Troffer. *Conducta y desarrollo del niño*. México, Interamericana, 1991, p.21.

17 *Cfr.* CALVILLO Vaillard, Aída. *Los niños hospitalizados, un sector marginado de la educación*. México, UPN, 1998, p. 116.

18 FROMM, Erich. *El arte de amar*. México, Paidós, 1991, p. 64.

19 PIAGET, Jean. *La formación del símbolo en el niño*. México, FCE, 1987, p. 134.

20 *CFR*, KUBLER, Ross Elizabeth. *Una luz que se apaga*. México, Pax México, 1993, p. 68-73.

21 CALVILLO Vaillard, Aída. *o.p. cit.* P. 130.

BIBLIOGRAFÍA

ÁVILA, Raúl. *La lengua y los habitantes*. México, Trillas, 1979.

BMHIM. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. México, Dic. 1988. vol. 55, No 12.

CALVILLO VAILLARD, Aída. *Los niños hospitalizados, un sector marginado de la educación*. México, UPN. 1998.

CANDRESS, Toffer. *Conducta y desarrollo del niño*. México, Interamericana, 1991.

CORTÉS Fuente, Fernando. *Oncología médica*. Barcelona, Milano, 1983.

CRUZ, Pola. *La comunicación proceso social*. México, UPN, 1988.

DE MOROGAS, Miguel. *Teorías de la comunicación*. México, FCE, 1982.

DOWING, J. *Madurez para la lectura*. Buenos Aires, Kapeluz. 1974.

ESTEBAÑES, Fernando. *Teoría de la educación*. México, Trillas, 1981.

FROMM, Erich. *El arte de amar*. México, Trillas, 1981.

GÓMEZ Jara, Francisco. *Sociología*. México, Porrúa, 1986.

ISSELBARCER, Kart. *Principios de medicina interna*. Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, 1994.

ISSSTE. *Educación para la salud*. México, 2000.

JAULÍN, Roberto. *Juegos y juguetes*. México, Porrúa, 1981.

JITRIK, Noé, *La lectura como actividad*. Buenos Aires, Kapeluz, 1974.

KUBLER, Ross Elizabeth. *Una luz que se apaga*. México, Pax México, 1993.

LEVI, STRAUSS, Claude. *Antropología estructural*. Buenos Aires, Eudeba, 1995.

PIAGET, Jean. *La formación del símbolo en el niño*. México, FCE, 1987.

QUIÑONES, Alfonso. *Ciencias de la salud*. México, Porrúa, 1985.

SAPIR, Edward. *Comunicación*. Nueva York, Seggil, 1972.

TODOROV, T. *Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud*. Madrid, Siglo XXI, 1974.