



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

T E S I S

LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL NIÑO ENFERMO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

ANA LAURA ROMERO RODRÍGUEZ

ASESOR:

MARIO FLORES GIRÓN

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza, valor y sabiduría para culminar esta etapa de mi vida; por acompañarme y estar conmigo todos los días de mi vida, y por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Agradezco a mis Padres: Ismael y Laura, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida, me han demostrado su inmenso amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos; por la confianza y apoyo brindado de manera incondicional aun cuando he fallado. Por ser los padres ejemplares y a seguir, porque aun en medio de la escasez y de las tribulaciones, han y hemos salido avante. Ustedes, son lo más bello que Dios ha puesto en mi camino y por quienes estoy inmensamente agradecida. ¡LOS AMO CON TODO MI CORAZÓN!

A mi hermana, “Fercha”, por ser una gran amiga para mí, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables y es uno de los seres más importantes en mi vida.

A la Universidad Pedagógica Nacional, por abrir sus puertas y darme la oportunidad de estudiar la licenciatura en Pedagogía y ser una profesional.

A mis profesores, que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como pedagoga, preparada para los retos que pone la vida y quienes han aportado un granito de arena a mi formación durante cuatro años.

A mi asesor de tesis y amigo, el profesor Mario Flores Girón, por su esfuerzo y dedicación; quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en mí, la culminación de mis estudios y tesis con éxito. Por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudaron a formarme como persona y pedagoga. ¡Gracias!

A mis lectores de Tesis: Fernando Osnaya Alarcón, Martha Altamirano Rodríguez y Paulo César Deveaux.

A mi gran amiga y colega Rocío Garduño Sánchez, por su amistad y apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ella.

A la Unidad Médica de Alta Especialidad “Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund” en Centro Médico Nacional Siglo XXI, junto con el programa de la SEP: “Sigamos aprendiendo... en el Hospital”, por abrir sus puertas y permitir realizar mis prácticas profesionales y servicio social en sus instalaciones. Por el compromiso que han tomado ambas instituciones en apoyo de la continuidad de la educación en niñ@s y adolescentes en situación de enfermedad.

A la sub-jefa de trabajo social la Licenciada Emma Noyola Rodríguez por motivarme en mi formación personal y profesional, por el apoyo brindado durante mi estancia en el hospital (y aun fuera de él) y en todo lo relacionado con mi servicio; por su amistad y apoyo incondicional.

Y por último a TODOS MI NIÑ@S y PADRES DE FAMILIA, gracias por hacer valer mi trabajo con su aprendizaje y experiencias tanto buenas como malas, el que me permitieran conocerlos y poder depositar mi granito de arena en sus vidas y que les permita crecer mucho o poco... Eso y más, es lo que me llevo de cada uno de ustedes.

Son muchas las personas, que han formado parte de mi vida personal y profesional, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más felices y difíciles. Gracias por siempre estar listas para brindarme toda su ayuda, por formar parte de mí y por sus bendiciones.

A cada uno de ustedes, ¡Gracias por confiar en mí!

Con todo mi cariño y respeto, ésta tesis se las dedico.

ANA

DEDICATORIA

A mi DIOS, el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y personal.

Por los triunfos y por los momentos difíciles, que me han llevado a amarlo y acercarme a él cada día más. Por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo.

*“Porque de él, por él y para él, son todas las cosas.
A él sea la gloria por los siglos. Amen”*

Romanos 11:36

***A mis PAPIS** con todo mi cariño y mi amor, para las personas que me engendraron e hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba; por ser los pilares más importantes en mi carrera personal y profesional, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.*

A quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores; a quienes con sus consejos han sabido guiarme y hacer de mí, una mujer de bien y preparada para los retos que pone la vida. A ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

***A mis NIÑ@S**, por la oportunidad que me dieron de compartir un año que fue maravilloso, año en el que el aprendizaje ha sido mutuo y en donde he podido compartir con ustedes vivencias que me dejaron marcada para toda mi vida.*

Por todos esos momentos que pasamos juntos, por todas las alegrías, tristezas y por todas sus ocurrencias, pero sobre todo por todo lo que me han dado y que gracias a ello puedo decir que hice un buen trabajo como persona y como pedagoga.

LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL NIÑO ENFERMO

ÍNDICE

Presentación.....	1
Capítulo I. La Educación y la Persona	5
1.1 El valor único de la persona	6
1.2 Fundamento de la educación	8
1.2.1 ¿Para qué educar?	9
1.2.2 Educación no Formal	10
1.3 Exclusión Educativa	13
1.4 Interculturalidad	15
1.5 Educación Compensatoria	15
1.6 Educación Inclusiva	17
1.7 Educación Integral	19
Capítulo II. Perspectiva de la Pedagogía Hospitalaria	21
2.1 Retomando los orígenes	21
2.2 Referentes Teóricos	21
2.3 Contextos.....	26
2.3.1 Contexto en el Hospital	26
2.3.2 Contexto Familiar	29
2.3.3 Contexto Escolar	31
Capítulo III. Psicología Educativa en el Aula Hospitalaria y Necesidades Emocionales del Niño Enfermo.....	34
3.1 La Psicología Educativa	35
3.1.2 Antecedentes	37
3.1.3 Perspectiva Teórica	38
3.2 Contexto Escolar	41
3.2.1 Aula Hospitalaria.....	42
3.2.2 Pedagogo Hospitalario.....	46
3.3 Concepto de Salud	47

3.4 Concepto de Enfermedad	48
3.5 Demandas en Base a las Necesidades del Niñ@ Enfermo.....	50
3.6 Trastornos Psicológicos asociados en la enfermedad.....	53
3.6.1 Estrés	54
3.6.2 Ansiedad	55
3.6.3 Depresión	56
3.6.4 El Dolor	58
3.6.5 El Sufrimiento	61
3.7 La Muerte	62
3.7.1 El Duelo	64
3.8 Educación Emocional.....	65
3.8.1 Reeducar	68
3.8.2 La Orientación en apoyo al Duelo y a la Pérdida	69
3.8.3 La Fe como una Educación para la Esperanza	70
3.8.3.1 Educación para la Esperanza	71

Capítulo IV. La Pedagogía Social y los Modelos Socioeducativo y Psicopedagógico de Intervención 73

4.1 La Pedagogía Social	73
4.1.2 Orígenes.....	74
4.1.3 Referentes Teóricos	76
4.2 El Modelo Socioeducativo	77
4.2.1 Antecedentes.....	78
4.2.2 Modelo.....	79
4.3 El Modelo Psicopedagógico	82
4.3.1 Antecedentes.....	83
4.3.2 Referentes Teóricos	84
4.3.3 Modelo.....	85

Capítulo V. La Práctica Hospitalaria 88

5.1 Metodología.....	89
5.2 Contexto Institucional.....	93
5.2.1 Ubicación	93

5.2.2 Infraestructura del Inmueble	93
5.2.3 Historia	94
5.2.4 Misión	94
5.2.5 Visión	95
5.2.6 Servicios	95
5.2.7 Atención	99
5.2.8 Organigrama	101
5.2.9 Organización	102
5.2.9.1 Dirección de Educación e Investigación en Salud	102
5.2.9.2 Divisiones Médicas	104
5.2.9.3 División de Epidemiología Hospitalaria.....	108
5.3 Características de la población	109
5.3.1 Los Niñ@	110
5.3.2 Los Familiares	111
5.3.3 Los Profesionales.....	111
5.3.3.1 Médicos	112
5.3.3.2 Enfermeras	112
5.3.3.3 Educadores/Docentes/Pedagogos Hospitalarios	113
5.3.3.3 Psicólogos.....	115
5.3.4 Equipo Directivo.....	115
5.4 Instrumentos	116
5.4.1 Resultados.....	119
5.4.2 Análisis de Resultados.....	126
5.5 Necesidad e importancia de la educación emocional en el contexto Hospitalario .	133

Capítulo VI. Propuesta/Taller: “Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a niñ@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad”	135
6.1 Descripción del surgimiento de la Estrategia.....	136
6.2 Estructura del Taller.....	138
6.2.1 Contexto de Referencia	138
6.2.2 Problemática o Necesidades Detectadas	138
6.5 Metodología	139
6.6 Ficha Técnica	140

6.7 Contenidos.....	143
6.7.1 Cartas Descriptivas	145
6.7.1.2 Cartas Descriptivas: Niñ@s	145
6.7.1.3 Cartas Descriptivas: Padres y/o Familiares	148
Conclusiones.....	151
Anexos	156
Escala Análoga Visual de Ansiedad (Anexo 1)	156
Escala de Dibujos Faciales (Anexo II)	158
Test de Estrés para Padres de Niños Sanos y Enfermos (Anexo III)	160
Entrevista a Padres para la Evaluación Diagnóstica de Niños y Adolescentes (Anexo IV)	162
Bibliografía	181

PRESENTACIÓN

Son muchas y variadas las necesidades de educación y este no es solo un planteamiento de hoy, han sido muchas las propuestas desde diferentes épocas, cada una dirigida a formar un determinado tipo de individuo, capaz de desenvolverse de manera eficaz en la sociedad de la que formará parte.

La educación tiene una relación extraña pero necesaria con lo económico, político, social, cultural y últimamente con un nuevo fantasma que invade el mundo, el alarmante desequilibrio del mundo natural, que no es nuevo pero se escondía atrás de la acelerada producción generada por el capitalismo, que sólo mira en dirección al dinero y el poder, no importa lo que arrase a su paso y los resultados de este desatino, es lo que vivimos hoy en día.

En la particularidad de los niños con estancia hospitalaria larga, existen muchas fracturas en cuanto a un método apropiado, la parte normativa de revalidar los estudios en el hospital no sólo escolares sino también emocionales y quizás espirituales, sus derechos dentro del hospital, el derecho que tienen de ser tratados como personas; es lo que me orilló a tomar este tema.

Todo proyecto realizado obedece a una necesidad. Ésta necesidad surge en los educandos de 6 -18 años, en edades escolares que van de primaria, secundaria y preparatoria, donde es deseable el seguimiento de una educación formal que además es obligatoria de acuerdo a la legislación en nuestro país.

La Pedagogía Hospitalaria hace referencia a la atención educativa que necesitan los niños con problemas de salud en edad escolar. Está dirigida a aquellos niños que por una situación anómala como es la enfermedad, presentan necesidades educativas especiales, contemplando la idea de una educación integral que incluya a estos niños y termina exigiendo la existencia de un aula en el hospital.

Tomando en cuenta que el comportamiento de una persona cambia durante y después de una hospitalización, puedo entender la situación de riesgo en que se

encuentran algunos niños, como consecuencia de su ingreso en un hospital. Esto estará condicionado por el efecto que la enfermedad pueda causar, en el niño y/o en su familia.

Cabe señalar que todos los niños, independientemente de su estado de salud, tienen necesidades básicas por cubrir, y una de ellas es la educación. En el caso de los niños hospitalizados, es necesario contar con un servicio educativo especializado independientemente de la atención médica que esté recibiendo, ya que estas circunstancias pueden conducirlos a presentar necesidades educativas especiales.

La Pedagogía Hospitalaria, plantea que la escuela debe preparar al niño enfermo para afrontar las situaciones conflictivas que va a vivir, desarrollando las habilidades cognitivas, el rendimiento académico, mejorando su estado emocional y afectivo, a fin de afrontar mejor su situación y por consiguiente, coadyuvar a la mejora de su salud. Trata de ir más allá de un problema de aprendizaje o un problema de salud, trata también de contemplar la repercusión personal y social de largo alcance.

Entre los objetivos que guiaron este estudio e investigación, se encuentra como general:

- Identificar los elementos de la educación emocional, que pueden favorecer la expresión del niño, para la mejora de la calidad de vida del enfermo y del acompañante durante la hospitalización.

Y como específicos, los siguientes:

- Aportar las herramientas técnicas, formativas, organizativas necesarias para crear un espacio de aprendizaje, comunicación y apoyo a los alumnos de las aulas hospitalarias, como medio para superar barreras y para romper el aislamiento del alumnado.

- Favorecer el desarrollo afectivo y social de la personalidad e impulsar la expresión y comunicación.
- Optimizar la enfermedad como una experiencia de crecimiento interior, de autoconocimiento, por medio de la aplicación de técnicas artísticas y psicológicas que permitan desarrollar el potencial creativo del niño.
- Utilizar elementos de espiritualidad, que den esperanza y sean trascendentes en el proceso de padecimiento, tanto en el niño como en su familia.

En el presente trabajo, evidencio las posturas actuales en torno a la Pedagogía Hospitalaria, la cual estima que la mayoría de los niñ@s hospitalizados, requieren de una atención educativa especializada independientemente del tratamiento médico que estén recibiendo.

Así mismo, se aborda la necesidad de una inclusión educativa y social, con el fin de garantizar la continuidad y la reinserción al entorno en el que se desenvuelven, y en oposición a la marginalidad social y educativa originada por la hospitalización a la que se enfrentan los niñ@s.

Es importante mencionar, que a partir de los objetivos planteados anteriormente, se busca reeducar en dos sentidos: de manera emocional y corporal, con la finalidad de llegar a consolidar una educación integral que permita al niñ@ el desarrollo y potencialización de habilidades, capacidades, destrezas, por mencionar otros.

Los contenidos, se encuentran organizados en seis capítulos: en el primer capítulo, se hace una reflexión sobre el valor que tenemos como personas y sobre los fundamentos de la educación, abordando las distintas tipologías que existen de ella; en el segundo capítulo se hace un breve recorrido por los orígenes, referentes teóricos y contextos en los que se desarrolla la pedagogía hospitalaria.

En el tercer capítulo, se analizan los antecedentes, teóricos y funciones que cumple la psicología educativa en los distintos trastornos psicológicos asociados a

la enfermedad y en base a las necesidades emocionales del niñ@ enfermo; además aborda los contextos escolares hospitalarios, los conceptos de salud, enfermedad, muerte, duelo y educación emocional.

En el cuarto capítulo, se expone a la pedagogía social y a los modelos socioeducativo y psicopedagógico, como metodologías utilizadas en la investigación y como parte fundamental de la estrategia de intervención.

El quinto capítulo está dedicado a la práctica hospitalaria, en él se encuentran la metodología, el contexto de referencia, los instrumentos empleados; además se explica la necesidad e importancia de la educación emocional en el contexto hospitalario y las características de la población con la que se trabajó.

En el capítulo seis, se aborda el taller denominado “Arteterapia: Una estrategia para niñ@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad”, con el cual se busca dar respuesta a las necesidades emocionales de dos poblaciones: niñ@s y padres y/o familia, tratando de dar origen a una educación emocional.

Espero que esta investigación sea de gran utilidad e interés tanto para alumnos en formación, como para colegas y docentes, no sólo pertenecientes a ésta institución, sino de todas aquellas a quienes les interese y estén dispuestos al igual que yo, a contribuir con un granito de arena en esta pedagogía hospitalaria, que está en aras de expandirse gradualmente tanto en lo médico, como educativo, social y humanitario, y por qué no en lo espiritual.

CAPÍTULO I

LA EDUCACIÓN Y LA PERSONA

Son muchas y variadas las necesidades de educación y este no es solo un planteamiento de hoy, han sido muchas las propuestas desde diferentes épocas, cada una dirigida a formar un determinado tipo de individuo, capaz de desenvolverse de manera eficaz en la sociedad de la que formará parte.

Nuestro ambiente actual conciliador, es infinitamente variable en sus reciclables planteamientos, lo que despierta la tendencia a considerar la educación como un instrumento únicamente explicativo; el docente expone y quien lo entienda lo recibe, el resto pasa a ser el marginado con promedio escaso.

En los últimos años, la población infantil ha mostrado una incidencia alta de padecimientos crónicos que presentan secuelas físicas, emocionales y sociales, ocasionadas por la enfermedad o por los tratamientos, originando limitaciones en su comportamiento, habilidades cognitivas y el aprendizaje escolar; y por lo tanto, de un proceso de adaptación adecuado al medio ambiente social y familiar.

Ante esto, es necesario fortalecer la interacción entre las instituciones educativas y de salud, enfocándose a la validación y difusión de procedimientos e instrumentos que permitan fortalecer las conductas de aprendizaje que requieren los niños como una acción razonada y planeada.

Como dice Freire: “La educación es social, es práctica indispensable y específica de los seres humanos en la historia como movimiento, como lucha, la historia no prescinde de la controversia, de los conflictos, que por sí mismo generarían la necesidad de la educación” (Freire, 1993:17).

Es por esto, que el aprender y el enseñar forman parte de la existencia humana, histórica y social, igual que forman parte de ella la creación, la invención, el lenguaje, el amor, el odio, el asombro, el miedo, el deseo, la atracción, la fe, la duda, la curiosidad, el arte, la magia, la ciencia y la tecnología; y es a través de

nuestra vida, que enseñamos y aprendemos a través de todas estas actividades humanas.

En este caso, el niño enfermo, al igual que el alumno regular, tiene la necesidad de aprender, de luchar, de soñar; y para esto se usa la tenacidad, la coherencia, el valor, el sentido de la justicia. Justicia es luchar porque disminuyan las desigualdades, las discriminaciones a través de la democracia, para que llegue al niño enfermo, al hambriento, al negado, al ignorante, algo que nos lleve al sueño de obtener respeto y atención de esta sociedad.

1.1 El Valor único de la Persona

**Ningún ser humano es una isla; nadie vive para él,
solamente todos forman parte del continente.
-J. Donne-**

“Cada ser humano posee un valor incomparable del todo exclusivo” (Barraca, 2005:31), partiendo del ser único e irreplicable, siendo valioso no sólo por formar parte de una clase o forma de existir, sino por su existencia concreta como ser total y determinado. Además de que “participa de la racionalidad” (Barraca, 2005:32), al tener libre albedrío, capacidad para amar y tener el don de la palabra.

Cuando se habla de la naturaleza de los hombres se refiere a los actos naturales de los mismos: recordar, digerir, amar, respirar, dormir, etc., estos actos lo tienen todos los seres humanos, sin embargo cuando hablamos de personas, esos actos mismos tienen identidad propia en el mismo hombre, y es esa identidad individual y esos actos individuales lo que identifica a la persona humana de otros seres humanos.

La persona, posee en sí misma ciertas cualidades:

- a. Es única e irreplicable con una forma propia de ser. Por lo que tiene necesidades, intereses, actitudes, capacidades y circunstancias distintas a los demás.

- b. Es autónoma. Teniendo la capacidad de asumir de manera libre y responsable, para proyectar y realizar.
- c. Está abierta a la realidad, siendo un constante fluir, un permanente hacerse.
- d. Es una realidad compleja y múltiple, y unitaria e integral; y es por esto, que tiene la capacidad de recordar, proyectar, pensar, desear, sentir, amar y vivir.

“El bien común reclama un equilibrio ético entre lo individual y lo colectivo” (Barraca, 2005:42), pues es el pedagogo, el educador, etc., quienes se preocupan por el bien común; es decir, incluye el desarrollo y crecimiento integral de la persona, y la vocación para la búsqueda de la felicidad.

“La educación no posee un sentido profundamente personal, sino también social... el ser humano constituye, en efecto, un sujeto de relación, comunicación y encuentro... porque es una persona, y la persona tiende a la comunicación, la relación” (Barraca, 2005:41).

La educación supone un encuentro inter-personal, ya que surgen vínculos que se vuelven profundos entre cada uno de los sujetos, y también entre pedagogo-familia, pedagogo, alumno, institución-pedagogo, pedagogo-sociedad, por mencionar otros.

En la actualidad existen grupos de personas con necesidades educativas especiales, que por condición de enfermedad, requieren de una inversión adicional y especial para poder alcanzar los mismos niveles de bienestar de los otros.

Lo que lleva al hecho de responder y atenderlas, buscando el desarrollo de habilidades, implicando reconocer que tienen el mismo derecho a la educación que los que no tienen problemas de salud, pero que les resulta imposible ejercer este derecho de la misma forma o en el mismo lugar que los otros niños por el hecho de no poder ir a la escuela. Siendo entonces necesario, el elaborar programas educativos integrales, como solución y contribución a su salud, educación, emociones, espiritualidad a las demandas de esta población.

Sin embargo, este sector de personas que viven con enfermedad, aún sigue siendo invisible para los sistemas de educación, y la necesidad de atenderlos, sigue siendo un reto inadvertido en muchos países y organismos internacionales.

1.2 El Fundamento de la Educación

**Y, ante todo, ¿qué es el hombre?
Un ser que piensa, que ama, que va a morir y que lo sabe.
-G. Thibon-**

“La persona humana es una unidad” (Barraca, 2005:36), pues en ella se entrelazan lo material y lo inmaterial, lo corpóreo y lo espiritual, lo físico y lo psíquico; presentando en su ser distintas dimensiones que se conjugan con diversos elementos: lo físico, lo intelectual y lo moral.

Es en la tarea del pedagogo, donde la práctica y la teoría se necesitan mutuamente, pues este profesional aprende que el modo de desplegar su esfuerzo, obedece a la comprensión que tiene de lo que le rodea y es a partir de esto, que podrá entender a la educación y al ser humano como tal. Por lo que la educación, supone una actividad humana, susceptible de atención por parte de la antropología general, cuya raíz y componentes más básicos conviene investigar de forma específica.

Toda persona posee la vocación a la unión con otras, pues es el amor el que constituye la forma de unidad más elevada posible, y es la persona la que participa en el ser, siendo incomparable, única, diferente, irreplicable y es apelado por los otros y por el otro. Constituye un sujeto, no tratándose de alguien o de algo, estando hecha para amar y ser amada.

Entonces “ser humano, constituye una persona finita y corpórea, una persona no absoluta o perfecta, y está llamado a la plenitud de su ser mediante su realización” (Barraca, 2005:25); y esto es lo que supone la base de la educación. Es decir, “el ser humano dotado de personalidad, que no es perfecta o absoluta, el otro es

quien ha de encargarse de mejorarla, enriquecerla, hacerla crecer por su misma naturaleza; tiene que crecer, progresar y desarrollarse” (Barraca, 2005:25).

“El fundamento de la educación se encuentra en el derecho-deber al libre desarrollo de la personalidad” (O.N.U., 1978), por lo que el fin de la educación consiste en colaborar al desarrollo, formación o perfeccionamiento de la personalidad del individuo; pues siempre está en constante movimiento, lo que significa que “puede progresar al tener contacto con el otro y en donde la educación no sólo suministra conocimientos, sino que implica sacar fuera” (Barraca, 2005:26) lo que ya preexiste en potencia en el sujeto. Conduciéndolo, guiándolo y orientándolo en su caminar a lo largo de la vida, viendo en la educación al arte de ayudar al otro.

La educación es un fenómeno básicamente social, apareciendo tanto en la naturaleza misma del proceso educativo –acción de los otros sobre un sujeto– como en los contenidos, hábitos y valores que se transmiten en la acción educativa. Por consiguiente, la educación es siempre la resultante del momento histórico en que acontece, del lugar donde se realiza, de la cultura imperante, de la estructura socio-política vigente.

1.2.1 ¿Para qué Educar?

La educación, a través de la historia, ha pasado por diferentes etapas que le han permitido al hombre moldear su pensamiento, pues ha sido y es el filtro que ha formado al ser en todas sus dimensiones: desde lo axiológico, conceptual, cognitivo, y comunicativo. El hombre es un ser que desarrolla su pensamiento y cultura a partir de su propia experiencia y de su formación académica, siendo aspectos que complementan y proyectan un ser diferente, integral y al servicio de la sociedad.

Se educa porque existe una necesidad de transformación de la realidad, de pensamiento y modos de actuar en una sociedad. Para Paulo Freire, "la educación

es una práctica de la libertad dirigida hacia la realidad, a la que no teme; más bien busca transformarla, por solidaridad, por espíritu fraternal".

La educación debe dinamizar, socializar y transmitir la cultura, es decir, la educación es un proceso de construcción del pensamiento, donde el individuo desarrolla competencias cognitivas, comunicativas y axiológicas. Se educa para hacer hombres de pensamiento, de raciocinio, que sean críticos y autónomos. "La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo" (Freire, 1978:1).

La educación es un derecho social y cultural, el cual permite que todas las personas, se desarrollen a partir de su experiencia y contribuya al mejoramiento de su calidad de vida, a través de su conocimiento; por consiguiente se educa para la vida, porque educar es convertir a alguien en una persona.

Es necesario educar para cultivar el pensamiento y conocimiento que nos oriente, ilumine, libere de las taras y los prejuicios que empequeñecen nuestra condición y asumir una constante superación para que emerja plenamente nuestro ser, en las actividades del hacer, del saber y el trascender.

Durkheim, en su libro Pedagogía y Sociología, dice que "El hombre que la educación debe plasmar dentro de nosotros no es el hombre tal como la naturaleza lo ha creado, sino tal como la sociedad quiere que sea; y lo quiere tal como lo requiere la economía interna". Es por este motivo que la educación debe ser un proceso de transformación de los individuos: en el conocimiento, pensamiento, cultura, en la economía, procesos comunicativos, en las publicaciones y en la informática.

1.2.2 Educación no Formal

La educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. También se llama educación al

resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos.

Generalmente, cuando hablamos de educación, lo primero en lo que pensamos es en la escuela. La educación ha sido limitada a escolaridad y desgraciadamente descartamos o restamos importancia a otras prácticas, espacios y escenarios sociales que son tanto o más importantes para la formación de las personas.

Las personas, como miembros de una sociedad aprenden las claves de su cultura, no sólo en la escuela sino en un cúmulo de espacios, procesos, instituciones, relaciones personales, recibiendo mensajes y propuestas, elaborando códigos, e interpretando normas sociales, las cuales abarcan no sólo los conocimientos como tales, sino creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos.

La modalidad no formal no es menos importante que la escuela en la formación de los sujetos. La Educación no formal es importante porque integra lo que la escuela tarda o nunca llega a incorporar a sus programas.

La educación no formal y la formal presentan la condición de ser procesos educativos, organizados, ordenados y sistematizados, mientras que esto no sucede con la educación informal. La educación no formal y la formal son diferentes de la informal, no por la “intencionalidad”, sino porque presentan la característica de ser procesos educativos, organizados, coordinados y sistematizados, aspecto que no acontece en el caso de la modalidad informal.

El término “Educación No Formal” tiene sus orígenes en la: *“Conferencia Internacional Sobre la Crisis Mundial de la Educación”*, celebrada en Williamsburg, Virginia (USA) en 1967. Y se define como, “aquellas instituciones, actividades, medios, ámbitos de educación que no siendo escolares, han sido creados expresamente para satisfacer determinados objetivos educativos...” (Trilla, 1993:12). Es decir, es toda actividad organizada, sistemática, y educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de

aprendizaje y conocimientos a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños

La educación no formal es la modalidad educativa que comprende todas las prácticas y procesos que se desprenden de la participación de las personas en grupos sociales estructurada, intencionadamente educativa, pero cuya organización institucional no certifica para los ciclos escolarizados avalados por el Estado.

Las perspectivas de la educación no formal son de suma importancia ya que establecen: educación para todos, continuidad educativa, desarrollo cognoscitivo, fomento al seguimiento de la formación, alternación del estudio y el trabajo, relaciones entre escuela y empresa, formación de profesionales de la educación y la colaboración de la familia y el entorno.

El escenario de la educación no formal es extremadamente amplio y heterogéneo, se hace en contextos no institucionalizados, fuera de la estructura formal, tienen un nivel de organización sistemática y permanente y busca transformar prácticas productivas, de comportamiento y de actitud de los participantes.

“La ventaja del aprendizaje no formal, reside principalmente en su carácter voluntario y organización autónoma, su flexibilidad, las posibilidades de participación, el derecho a cometer errores y su mayor conexión con los intereses y las aspiraciones de los participantes” (Fernández: 4). Los objetivos pueden cubrir una amplia gama de funciones, ya que obedece a intereses y/o necesidades personales y puede ser abandonada en cualquier momento, y con relación al tiempo permite la eliminación de los horarios rígidos y de los ritmos uniformes de aprendizaje.

1.3 Exclusión Educativa

La exclusión es un proceso que afecta a millones de personas en todo el mundo, tanto en los países en vías de desarrollo como en las prósperas sociedades.

La sociedad de la información en la que estamos inmersos está demostrando diferencias sociales: por un lado, la seguridad de los privilegiados con trabajo fijo y pleno disfrute de sus derechos individuales y sociales, por otro, la inseguridad de los que tienen trabajos eventuales y viven en permanente estado de ansiedad y escepticismo y, por último, el desarraigo del mercado laboral de amplias capas de la población. La educación es una cuestión no solamente importante para el crecimiento de una nación, sino además necesaria para el desarrollo de todos los sectores de la sociedad.

La educación básica en México está en crisis con una calidad cuestionada, problemas de cobertura, una marcada deserción, infraestructura en permanente deterioro, recursos insuficientes.

Hoy en día, esa exclusión social se anticipa o se prepara en procesos de exclusión educativa que, como aquella, tiene múltiples caras: falta de acceso a los sistemas educativos, escolarización segregada, educación de segunda para los más desfavorecidos, fracaso escolar, maltrato entre iguales, desafecto, etc.

Según Velázquez de Medrano (2002), la exclusión es un “proceso de apartamiento de los ámbitos sociales propios de la comunidad en la que se vive, que conduce a una pérdida de autonomía para conseguir los recursos necesarios para vivir, integrarse y participar en la sociedad de la que forma parte” (Velázquez, 2002:291).

Durante el período formativo y escolar, se visibilizan procesos de vulnerabilidad social e institucional de determinadas personas y/o colectivos sociales, atendiendo a un conjunto amplio de factores tanto personales como socioculturales.

Entonces la exclusión educativa es, “el fracaso escolar del alumnado y sus aledaños: ... absentismo, abandono sin la preparación suficiente, niveles bajos de

rendimiento, repeticiones, riesgos de no llegar a titularse y fracasos consumados; designando procesos de desajustes, deserción o desenganche escolar durante el periodo de escolarización del alumno” (Jiménez, 2009:34). Debido a esto, el fracaso escolar va de la mano de formas previas de exclusión social, considerando la diversidad de factores a los que obedece, así como las estructuras y dinámicas que participan en ella.

La exclusión educativa, sea cual sea su origen -condiciones socioeconómicas, características raciales, capacidades de aprendizaje, etc.- ha coexistido a la par con la historia de la educación en nuestro país. Aun cuando hay cierta equidad en el sentido estricto del derecho -todos pueden participar, cualquiera puede tener acceso a la enseñanza básica-, en términos reales no existe tal justicia natural ya que las circunstancias o condiciones de los grupos sociales son diferentes, varían de un colectivo a otro.

Un claro ejemplo de ello, es la educación regular y la hospitalaria, ya que ambas tienen modos distintos de organizar sus actividades, su vida y por ende, su sistema educativo, lo que repercute ya sea positiva o negativamente, según el caso, en la formación integral de los alumnos. Por lo que los estudiantes que se encuentran en situación de enfermedad, frecuentemente enfrentan problemas varios de deserción y rezago educativo.

Así, esta exclusión educativa, se convierte en exclusión social, toda vez que los individuos son privados del acceso al sistema, y por ende, de la posibilidad de disfrutar de ciertos bienes y recursos esenciales para vivir con dignidad o para aspirar a mejores condiciones de vida. Y esta imposibilidad y/o dificultad que enfrentan algunas personas de integrarse a la sociedad y de participar en la vida comunitaria, constituyen verdaderos obstáculos para lograr el desarrollo humano.

1.4 Interculturalidad

El término Cultura proviene del latín *colere* que significa cultivar, y aplicado al individuo o a la sociedad, se hace referencia a que como personas estamos instruidas, cultivadas y dotadas o no de cultura: creencias, arte, conocimientos, costumbres, hábitos y capacidades, que adquiere el individuo como miembro de la sociedad.

Camilleri (1989, citado por Jordan, 1996 y Veláz, 2002:804.805), define a la cultura como “el conjunto de significaciones persistentes y compartidas, adquiridas mediante la filiación a un grupo social concreto, que llevan a interpretar los estímulos del entorno según actitudes, representaciones y comportamientos valorados por esa comunidad; significados que tienden a proyectarse en producciones y conductas coherentes con ellos”. Y es partiendo de esto, que surge la interculturalidad, haciendo referencia a situaciones en las que muchos grupos o personas pertenecen a diferentes culturas y pese a ello, viven juntos.

La interculturalidad, entonces es, “un enfoque basado en el respeto y valoración de la diversidad cultural, que pretende dar respuesta a las situaciones de contacto y vivencia que se generan entre culturas, ayudando a valorar y respetar las diferencias que podemos encontrar en la sociedad” (Veláz, 2002:808).

Cada persona vive e interpreta la realidad desde su propia singularidad, a pesar de que comparta rasgos comunes compartidos con lo de su cultura. Por lo que se precisa una educación dirigida a todas las personas, no sólo exclusivamente a las pertenecientes minorías culturales y necesitamos adaptarnos a esta heterogeneidad cultural.

1.5 Educación Compensatoria

En el marco de diversas políticas educativas y sociales a favor de la igualdad de oportunidades en educación, la Educación Compensatoria en particular ha

representado una de las apuestas más explícita a favor de los sujetos con algún género de desventaja social o personal.

Desde los inicios, sus destinatarios fueron precisamente los sujetos pertenecientes a los sectores más desfavorecidos en el acceso y logros educativos por motivos personales, sociales, económicos, culturales o, en su caso, geográficos.

Los sistemas educativos, continúan ofreciendo modalidades distintas de enseñanza: una de carácter básico dirigida a la población en general, y una elitista que sólo permitirá complementar a unos cuantos su enseñanza; además, de mencionar otros factores que contribuyan a ésta desventaja, como: la enfermedad, la pobreza, necesidades educativas especiales, etc. Por lo que las escuelas, se convierten así, en un instrumento de selección social y de reparto de posiciones sociales.

“Todos aquellos niños que padecen de algún tipo de desventaja social, física o psicológica son susceptibles de recibir educación compensatoria... por la probabilidad de padecer retrasos escolares y fracaso educativo” (Escámez, 1985; citado por García, 1987:18).

La Educación Compensatoria, pretende ser una respuesta a la realidad de aquellos estudiantes que, fuera por sus condiciones iniciales de riesgo mal atendidas, o quizás por otras sobrevenidas, se encuentra en riesgo de no alcanzar los conocimientos, capacidades y hábitos de comportamiento estipulados como básicos para el éxito escolar. Está destinada a garantizar el acceso, la permanencia y la promoción en el sistema educativo del alumnado en situación de desventaja social, procedente de minorías étnicas, de colectivos inmigrantes, así como familias con graves dificultades socioeconómicas.

“La educación compensatoria, trata de paliar-compensar el alarmante fracaso escolar, situado sobre todo, en aquellas capas sociales afectadas por los distintos tipos de migración” (García, 1987:20): social, económica, política, educativa, física, de salud, etc.

De igual forma, con esta educación, se atiende al alumnado que debe permanecer largos periodos de hospitalización o convalecencia. Según sus distintas peculiaridades, estos alumnos presentan desde un desfase escolar significativo, hasta dificultades de inserción educativa y necesidades de apoyo, derivadas de su incorporación tardía a la escuela, de una escolarización irregular o de un desconocimiento del español, al proceder de otros países.

1.6 Educación Inclusiva

Cualquier contexto, situación o hecho en el que las personas aprenden, debe contemplar la singularidad de éstas y adaptarse para que puedan alcanzar un desarrollo pleno, participando de forma activa, desde las posibilidades individuales, en aquellas decisiones que les afectan dentro y fuera de la escuela.

A partir de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, llevada a cabo en 1990 en Jomtien, Tailandia, se produce un movimiento hacia la educación inclusiva, cuyo fin es el de reestructurar las escuelas para responder a las necesidades de todos los niños.

La educación inclusiva, “es la intervención de las medidas necesarias para poder dar la bienvenida al alumno hospitalizado y pueda seguir estando dentro del sistema ordinario, lo que exige un gran esfuerzo de coordinación entre los agentes familiares, psicopedagógicos, médicos y sociales (...)” (Grau Rubio, 2001:32). Es considerada por esto, como una nueva forma de concebir que el alumno en todas sus dimensiones: emocional, personal, cognitivo, social, etc., se convierta en agente de su propia educación, participando y reintegrándose activamente en todos los ámbitos de su vida escolar, como antesala a la sociedad de la que forma parte.

La escuela tiene la obligación de reconocer esos derechos y proporcionar apoyo y adaptación para asegurar su éxito escolar, buscando la inserción al ámbito regular de los niños con necesidades educativas especiales. “La escuela inclusiva es el espacio formal que debe adaptar la oferta educativa a la diversidad del alumnado y aspirar a la plena escolarización, facilitando su aceptación y reconocimiento y promoviendo las oportunidades de participación, para hacer efectivo un aprendizaje desde la infancia que sirva de soporte y estructura para la inclusión posterior en una sociedad más equitativa” (Valcarce, 2011:122).

Es conceptualizada como Escuela para Todos, lo que significa tener acceso a una educación de calidad, abierta y no discriminatoria, cuya responsabilidad se centra en la escuela, ya que ésta habrá de ser capaz de dar respuesta a las necesidades educativas de todos los estudiantes. Siendo en este contexto, lo más abarcativa posible, ya que no se limita solo a las personas con necesidades educativas especiales, sino que brinda una educación para niños en desventaja social, económica, étnica, lingüística, etc.

Tiene como uno de sus objetivos brindarles igualdad de oportunidades y hacer que desarrollen todas sus capacidades y habilidades dentro de un clima de tolerancia y respeto a las diferencias. En otras palabras, romper el abismo que separa la educación formal de la educación especial, y para esto “debe de concebir su acción en torno a cuatro tipos de diversidad: la familia, al propio alumno, al contexto escolar y al social” (Valcarce, 2011:126).

La inclusión educativa requiere de un cambio en las actitudes y valores principalmente del profesorado, para reconocer los derechos del alumnado a una escuela de calidad, basada en la diversidad y tendiente a mejorar la calidad de vida de quienes la conforman.

Pone énfasis en un currículo común para todos, en el que la diversidad de actividades, recursos y métodos responda a las particularidades de su población; permitiendo a los alumnos reconocer sus propias potencialidades y respetar las

características individuales de los demás, con el fin de reforzar la autoestima de cada uno y la cooperación entre todos.

Ainscow (1995), expone que una reestructuración de las escuelas en el marco de la educación inclusiva requiere de una serie de cambios metodológicos y organizativos y el reto de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Para este autor, el camino a seguir viene marcado por el cómo ayudar al profesor a organizar su práctica educativa en respuesta a las necesidades de sus alumnos y el cómo buscar una meta común entre el profesorado a fin de conjuntar esfuerzos.

1.7 Educación Integral

La educación implica esencialmente el considerar al ser humano como un sistema único, valioso e irreplicable que para alcanzar su plenitud, para realizar y alcanzar el ejercicio pleno de todas sus potencialidades: biológicas, psicológicas, intelectuales y, especialmente, sociales.

El artículo 26 de la declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas, el cual expresa: "Toda persona tiene derecho a la educación. Debe ser gratuita al menos en lo que se refiere a la elemental y fundamental (...) la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales..." Por lo que la educación integral es el proceso continuo, permanente y participativo que busca desarrollar armónica y coherentemente todas y cada una de las dimensiones del individuo, a fin de lograr su realización plena en la sociedad.

Como menciona Jacques Delors (1997): "Frente a los numerosos desafíos del porvenir, la educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social. La comisión desea por tanto afirmar su convicción respecto a la *función esencial de la educación en el desarrollo continuo de la persona y de las sociedades*. Al servicio

de un desarrollo humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder la pobreza, la exclusión, las incomprensiones, las opresiones, las guerras...” (Delors, 1997:7).

Una educación integral será aquella que contemple, en su debida importancia, la totalidad de las funciones humanas: sensibilidad, afectividad, raciocinio, voluntad, o sean cuerpo y espíritu: sentidos e inteligencia; corazón y carácter. “Se forma integralmente en todos los aspectos, con la participación activa de todas las personas y los procesos existentes en las instituciones; es decir, abarcando la vida y el medio ambiente que la favorece” (Rincón, 2008:7).

La educación integral supone que el estudiante, de cualquier edad, vive en una sociedad donde se respetan sus derechos y sus libertades fundamentales; es decir, el concepto de educación integral llevado a su significado más profundo requiere de la existencia previa y permanente de una sociedad justa en la que las necesidades fundamentales del hombre: salud, vivienda, trabajo, educación estén razonablemente satisfechas.

Implica la aceptación de que el hombre es un complejo consubstancial de materia y espíritu, una combinación esencial de cuerpo orgánico y de alma inmaterial e imperecedera y que, por lo tanto, todo tratamiento educativo debe mirar hacia la integridad de la persona humana y no a uno de sus componentes.

La educación integral sirve para orientar procesos que busquen lograr, fundamentalmente, la realización plena del individuo, desde lo que cada uno de ellos les corresponde. También contribuye al mejoramiento de la calidad de vida del entorno social.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVA DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

2.1. Retomando los orígenes

La pedagogía hospitalaria trata de ir más allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud, trata también de contemplar la repercusión personal y social de largo alcance, que no puede ser abordada sólo desde la pedagogía o sólo desde la medicina. Tiene una base educativa y curativa, para compensar o curar los efectos devastadores de la enfermedad del paciente y de sus familiares. Asume aportaciones de la pedagogía terapéutica de utilidad para los niños en una situación especial como lo es la enfermedad.

La pedagogía hospitalaria puede articularse con el ámbito de la educación especial, porque ésta hace referencia a las necesidades educativas especiales y la enfermedad es de algún modo una situación especial, anómala y marginal. También la enfermedad requiere una acción educativa especial que contrarreste en lo posible, los efectos derivados de la permanencia en un medio extraño, hostil por ser desconocido, estresante por la confluencia e tantos factores implicados en la génesis y desarrollo del proceso de enfermedad y por las interacciones de fuerzas de diferente magnitud actuando conjuntamente en un mismo campo operativo.

La colaboración médico-pedagógica, surge a través de brotes de esfuerzos aislados de personas en pro de ayuda a personas con discapacidad intelectual, guiados por la intencionalidad y buena voluntad, más que por formas organizadas de trabajo.

2.2 Referentes Teóricos

En Valencia, España, a partir del siglo XV, por medio de los trabajos de Gilabert Jofre, se inicia la atención a los deficientes psíquicos. Pero es en el siglo XVI, cuando comienzan las experiencias de tipo pedagógico y educativo, a través de

los trabajos de Pedro Ponce de León con los primeros ensayos para la educación de personas sordomudas por medio de señas; más tarde en el siglo XVII, Pablo Bonet trabaja en Madrid, a fin de enseñar a hablar a los mudos.

En el siglo XVIII, el Francés Pereira promueve la educación sensorial, debido a su matrimonio con una mujer sorda, crea un alfabeto de signos para comunicarse con ella; asimismo estudia la disposición de los órganos bucales y logra que los sordos perciban la palabra por el tacto.

A partir de lo anterior, nace la educación sensorial al remplazar la emisión oral de la palabra por el tacto. El Emilio de Rousseau, retoma la idea de sustituir la vista por el tacto, en la educación de personas ciegas.

Más tarde Valentín Haüy aporta la iniciativa de poner en relieve las letras en los escritos durante el mismo siglo. Pero es a partir del siglo XIX cuando surge una de las grandes reformas de la pedagogía de la mano de Pestalozzi, fundador del movimiento pedagógico sobre la base de la educación intuitiva y natural, experimentada en el instituto pedagógico de Yverdon.

Mientras, en Suiza, Pestalozzi emprendió una cruzada educativa a favor de las personas en desventaja, en su mayoría deficientes mentales. En Alemania Froebel ponía en marcha el modelo de educación activa, y en Francia, Louis Baille ensayaba sus puntos en relieve.

Es a finales del siglo XIX, cuando se funda, por medio de Bourneville, el primer Centro Médico-Pedagógico, exclusivo para deficientes mentales. Por lo que el tratamiento médico-pedagógico, tuvo su origen en los asilos-hospitales, y es a partir de éstos cuando se crean los asilos-escuelas por obra de Sanctis. En este tipo de centros, los niños recibían atención médica, nutrición, educación física y ayudas complementarias.

Durante el siglo XX, la colaboración médico-pedagógica, alcanza su máximo nivel con las aportaciones de Montessori, Decroly y Descoedres, quienes establecen pautas de diagnóstico y tratamiento, asentando así las bases de una

atención médica, psicológica, educativa y social para la infancia en situación de riesgo.

En 1904, en colaboración con el neurólogo Francois Naville, Claparede inicia la primera consulta médico-pedagógica destinada a establecer los criterios de selección para conformar las clases especiales; durante este tiempo se visualiza por primera vez la posibilidad de enriquecer la posibilidad de ampliar al tratamiento médico con un tratamiento educativo.

Con esto, aparece una nueva ciencia auxiliar de la Medicina, de la Pedagogía, de las Ciencias Sociales y de la Psicología que se denomina Pedagogía Terapéutica. Desde su planteamiento inicial, busca lograr el equilibrio emocional y la adaptación social de los niños de alto riesgo.

“El término de la Pedagogía Terapéutica evoca los términos de la pedagogía correctiva, ortopedagogía, re-educación readaptación, pedagogía curativa, educación de niños excepcionales, educación especial; pedagogía, en suma de la participación, la adaptación, la individualización, la intuición... su objetivo final de no es precisamente la instrucción ni la adquisición de conocimientos por parte del sujeto deficiente... el objetivo vendrá, entonces determinado por las propias habilidades del sujeto, que han de ser potenciadas.” (Lázaro, 1986:298).

El campo de acción de esta nueva ciencia serán los niños y jóvenes que se apartan de la normalidad debido a sus deficiencias, inadaptaciones, dificultades psíquicas, los retardos, las perturbaciones de cualquier clase de desarrollo biológico o psicosocial.

Las áreas de intervención de la Pedagogía Terapéutica son: la autonomía, la comunicación, la socialización y la ocupación, cuyo objetivo será el de promover el desarrollo global de la personalidad; estas áreas de intervención son aplicables tanto para los problemas de salud como para la discapacidad.

La educación, en el marco de la Pedagogía Terapéutica, estará determinada por la adquisición de habilidades motoras, máxima orientación espacial, hábito y gusto

por el trabajo para una futura adaptación al mundo laboral. Por lo tanto la acción del pedagogo terapeuta estará marcada por el trabajo interdisciplinario con el equipo médico-psicopedagógico, la asistencia social, la familia, re-educadores especializados y expertos en empleos.

Los planteamientos hechos por la Pedagogía Terapéutica con relación a los trastornos asociados a la deficiencia coinciden con los planteamientos hechos por la Pedagogía Hospitalaria referida a los trastornos asociados a la enfermedad. Ambas buscan contemplar las repercusiones personales y sociales de largo alcance, que no pueden ser abordados desde la Pedagogía o la Medicina de forma aislada, sino que van más allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud.

La Pedagogía Terapéutica en España está ligada a la creación, por el Real Decreto del 13 de septiembre de 1924, del Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica, cuyos objetivos eran: la educación de los niños que ingresaban en él y la formación de profesionales especializados.

A partir de 1978, a través del Plan Nacional de Educación Especial, del que emanó la Circular del año 1981 sobre la necesidad de contar con los equipos de apoyo a las aulas del hospital, y la Ley de Integración Social para minusválidos de 1982 que contempla la ampliación de la atención educativa al niño hospitalizado, se institucionaliza la Pedagogía Hospitalaria, bajo los principios de que la respuesta educativa a los niños con necesidades educativas especiales ocasionadas por una enfermedad puede darse desde el aula hospitalaria, la escuela ordinaria, o la educación a distancia. Todo ello en función de las características de la problemática personal del niño y siempre de manera interdisciplinaria.

La pedagogía hospitalaria hace referencia a la atención educativa que necesitan los niños con problemas de salud en edad escolar, estando dirigida a aquellos niños que por una situación anómala como es la enfermedad, presentan necesidades educativas especiales.

Como uno de sus objetivos, plantea que ha de preparar al niño enfermo para afrontar las situaciones conflictivas que va a vivir, desarrollando las habilidades cognitivas, el rendimiento académico, mejorando su estado emocional y afectivo, a fin de afrontar mejor sus situación y por consiguiente ayudar a la mejora de su salud.

Constituye un modo especial de entender la Pedagogía, ya que se encuentra orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo.

Se ofrece como una “Pedagogía Vitalizada: de la vida y para la vida”, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, transformando su sufrimiento en aprendizaje.

Educación es aportar algo a alguien, alimentarlo de aspectos, posibilidades, funciones, etc. de las que en ese momento se está careciendo. La educación es un fenómeno que depende más de la naturaleza del sujeto que de los flujos e incidencia externa, y es por esta razón que es fundamental creer en las capacidades del educando y a la vez confiar en los métodos e instrumentos educativos, que utilizados por el educador pueden lograr y facilitar la tarea educativa.

La pedagogía hospitalaria trata de ir más allá de un problema de aprendizaje o un problema de salud, trata también de contemplar la repercusión personal y social de largo alcance, que no puede ser abordada sólo desde la pedagogía o sólo desde la medicina.

Comprende la formación integral y sistemática de niño enfermo y convaleciente, cualesquiera que sean las circunstancias de su enfermedad, en edad escolar obligatoria, a lo largo de su proceso de hospitalización.

Por la anterior, algunas características de la educación son: que es un hacer y no es pensar, es un proceso comunicativo e intencional, es indispensable el interés para que se pueda originar, educarse significa aprender y educar implica aprender; debe de estar orientada a mundo de valores, ideologías y creencias; moralizar al hombre, formar en él la crítica, la innovación y la práctica... por lo que debe de ser una educación integral.

2.3 Contextos

2.3.1 Contexto en el hospital

“Nuestra realidad es muy compleja y su estudio aún más, su análisis... varía según su ámbito de aplicación... Se trata, en definitiva, de conocer la realidad donde se actúa para saber en qué cambiarla y cómo hacerlo” (Cembranos, 1989:23).

La pedagogía hospitalaria supone una acción multidisciplinar y considera que las dificultades de aprendizaje y los problemas de salud no pueden ser abordados exclusivamente desde la pedagogía o medicina.

El conocimiento educativo requiere de una visión y de un pensamiento holístico, global, integral, evolutivo y procesual; intenta disminuir, compensar, curar los efectos de la enfermedad en el niño y en su entorno familiar, contrarrestando en lo posible los efectos derivados de la permanencia en un medio hostil, por ser desconocido, y estresante, por la confluencia de tantos factores implicados y por la interacción de tantas fuerzas.

En la pedagogía hospitalaria confluyen dos tipos de necesidades:

- a. *Las Educativas*: Debido a que algunos niños que requieren la dotación de medios especiales de acceso al currículo, un currículo especial o modificado, y una atención a la estructura social y al clima emocional y afectivo en que se desenvuelve la acción educativa.

- b. *Las Asistenciales*: Ya que existen algunos niños que sufren una enfermedad crónica y requieren servicios sanitarios o complementarios (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, cuidados a domicilio, intervención precoz, educación especial, servicios sociales, etc.).

“Captar la realidad como presente, nos permite potenciar una situación mediante proyectos capaces de anticipar, en términos de posibilidad objetiva, el curso que seguirá” (Zemelman, 1987:10); entonces para poder conocer los dos tipos de necesidades en los alumn@s, es indispensables realizar un diagnóstico de cada uno para incorporarlo a su expediente, con el fin de tener un panorama general de cuáles son sus necesidades y demandas, para a partir de ahí poder diseñar nuestras estrategias didácticas o planeaciones.

Este diagnóstico puede ser hecho por una persona que tenga una buena información sobre la comunidad (por ejemplo, el médico, la enfermera, la familia, el niño), pero no cabe la menor duda, de que es el niño quien mejor conoce la situación en que vive.

La respuesta educativa a estas necesidades educativas en el ámbito hospitalario incluye:

- a. Compensar el posible retraso académico; promover la independencia y confianza del niño en el medio hospitalario; compartir las preocupaciones y los problemas de los niños, mejorar su estabilidad psíquica ante situaciones delicadas referidas a la ansiedad y al miedo, así como el apoyo emocional a los niños y a los padres.
- b. El objetivo primordial de la Pedagogía Hospitalaria es que el niño se incorpore de nuevo al centro escolar con las máximas garantías de éxito y pueda desarrollar una vida lo más normalizada posible.
- c. Creación de unidades de orientación familiar, que desarrollen programas específicos dirigidos a los padres de niños hospitalizados, con el fin de satisfacer las funciones de orientación y apoyo, mejorar la adaptación de

toda la familia al problema presentado y contribuir también al reajuste social.

- d. Superación de la enfermedad que tenga en cuenta la re-educación física, emocional y cognitiva, así como la utilización, además de otras técnicas, de las creativas y de expresión.

“El diagnóstico, se sustenta en una lógica de construcción del conocimiento que se traduce en la delimitación de observables” (Zemelman, 1987:11); es decir, es el estudio detallado de lo que interesa saber para abordar la problemática. Sin embargo, muchas veces se hacen estudios, en los cuales se recaba mucha información. Entonces, debe reflejar un estudio de algún suceso relacionado con el aprendizaje de los alumnos que interese y este debe contener información útil sobre él.

No debe ser hecho y finalizado al principio de la estancia, sino darle un seguimiento durante de toda ella, para que sea un estudio que pueda aportar elementos y resultados cualitativos más que cuantitativos sobre las estrategias que se estarán aplicando para tratar de ayudar a ese niño.

Por ello un buen diagnóstico debe contener información válida y apropiada, este irá avanzando y evolucionando constantemente conforme se avance y las posibilidades para el cambio irán a su vez llevadas a la práctica poco a poco para ir observando cómo y sí se da tal cambio.

La pedagogía hospitalaria debe asumir las propuestas de la educación inclusiva, etapa final del proceso seguido por la educación especial. La educación inclusiva se caracteriza por: la educación de todos los niños en las aulas ordinarias.

Pero para que pueda existir y se dé una transformación de una realidad social en específico, hay que conocerla y conocer no sólo sus características físicas: estado de la infraestructura, número de escuelas, puestos de salud, la economía, etcétera, sino también conocer a las organizaciones y personas que habitan en

dicha comunidad, especialmente aquellas que juegan un papel muy activo en ellas.

2.3.2 Contexto familiar

La enfermedad incide no sólo en el bienestar psicológico del niño o niña sino también en el de toda su familia, a través de esa compleja multitud de variables sintomáticas, terapéuticas, emocionales y sociales. La familia es considerada como el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño.

El diagnóstico de una enfermedad infantil representa una crisis prolongada para toda la familia y requiere por parte de ésta una total readaptación ante diversos factores. Una enfermedad en cualquier miembro de la familia tendrá repercusiones sobre cada uno de los demás miembros, originando así un cambio en todo el sistema familiar.

Los padres, así como cada uno de los integrantes de la familia, además se encuentran expuestos a estresores que generan intranquilidad e incertidumbre sobre su rol en el hospital y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores del cuidado en interacción con los modernos instrumentos terapéuticos, lo que provoca altos niveles de ansiedad que afectan negativamente al niño. El modo en que los padres y demás miembros, responden a estas circunstancias puede llegar a condicionar la forma en que los hijos afrontan la enfermedad.

La familia es en todos los sentidos el núcleo celular de la sociedad, siendo el núcleo gestor, educativo, reproductor y participativo de la especie humana. Es un reflejo del Todo sensible, legítimo y completo; incluyendo a cada fragmento y a cada uno de los que la conforman, siendo además singular y plural al mismo, al igual que principio y fin, masculino y femenino, pasado y futuro; no excluyendo a nada ni a nadie, todo en función del bienestar y beneficio de los otros.

Lo que permite orientar a la familia hacia la construcción de vínculos afectivos, educativos y tradicionales. Las conductas de interés apreciativo necesarias para la absorción del conocimiento se aprenden del afecto, aprecio y aceptación, recibidos de los padres y hermanos. La perseverancia enfocada en el proceso constructivo de los trabajos o labores a realizar se recibe de la fortaleza perseverante en el aprecio mostrado por los miembros de la familia, por los padres y hermanos.

La templanza necesaria para asimilar y asociar diferencias y para enfrentarse a dichas diferencias sin abandonarse, proviene del ejercicio comparativo con la templanza de los padres y hermanos. Lo mismo ocurre con la actitud prudente. Vemos, como el orden familiar genera el ambiente idóneo y necesario para obtener una conciencia ordenada.

El medio influye en el niño y al mismo tiempo el niño influye en el medio. Las virtudes necesarias para el niño, son entre otras muchas la prudencia, la fortaleza y la templanza, que se adquieren mediante la imitación de las conductas paternas y fraternas; siendo éstas los pilares fundamentales para la sustentación del carácter.

La familia representa el sedimento perimetral del cultivo valórico del niño, como el árbol que no da fruto, a pesar de que proceda de una semilla sana, si no recibe durante su desarrollo los nutrientes que lo maduran, así también el niño, necesita de los nutrientes proteínicos y valóricos que lo maduren. Por supuesto que son innumerables los elementos de vitalidad válidos que depositen nutrientes en el desarrollo del individuo, pero esencialmente considero que son tres: afecto, confianza y respeto.

La capacidad emocional de la persona se satisface en el encuentro de plenitud, lo agradable complace y lo pleno satisface. La complacencia se desprende del placer, pero el placer es temporal; se puede sentir uno muy bien con lo que complace, mientras que, la plenitud va más allá. La plenitud no se siente, es un

estado posterior a la experiencia placentera. La plenitud se posee, se es dueño de ella.

La consecución de este logro se establece en la familia, pues ella ha de ser el núcleo incubador del propósito del otro y es quien ha de asumir la responsabilidad por la realización de cada uno de sus componentes; se puede querer mucho al esposo o a la esposa, pero no por quererles se puede realizar. Lo mismo ocurre con los hijos a quienes sin duda alguna, imagino se les quiere con todo el corazón, pero no por quererles, se podrán realizar como personas.

La realización del hijo, de la esposa, del esposo o del padre, exige de la unidad completa entre todos; unidad completa en el amor, en el ideal familiar y en las conductas constructivas. El substrato de la unidad contiene fundamentos que determinan posiciones y propósitos, finalidad y recorrido que ameritan la intención voluntaria del que hace camino al andar, y la definición de límites que impidan la desorientación de la finalidad compartida. La unidad completa entre ambas direcciones padres-hijos y esposo-esposa, construyen el núcleo familiar basado en la incondicionalidad afectiva, en la confianza interactiva y en la conducta responsable.

2.3.3 Contexto escolar

La educación es un proceso humano hecho por y sobre el hombre, siendo inherente a él mismo, surgiendo en las primeras manifestaciones humanas en el nivel familiar y grupal; y para que se pueda hablar de educación, es necesario que existan creencias y valores de forma específica y propia que permitan concebir y entender el mundo que nos rodea.

“El aprendizaje es la acción y efecto de aprender algún arte, oficio u otra cosa” (Real Academia Española, <http://lema.rae.es/drae/?val=aprendizaje>), es decir, es la transmisión y captación de conocimientos de las cosas de manera continua a lo largo de la vida en cada uno de los procesos de formación.

“La innovación educativa se basa desde el intercambio y la cooperación permanente como fuente de contraste y enriquecimiento, creando tiempos y espacios para aprender en comunidad” (Lugo, 2012); por lo que los grupos escolares deben de emprender el diálogo en igualdad de condiciones, anulándose todo tipo de poder y jerarquización.

Surgen, en los contextos hospitalarios, las Necesidades Pedagógicas, ya sean de aprendizaje de materiales y contenidos escolares, y las Necesidades Psicológicas que engloba la adaptación del paciente al hospital y atención durante la estancia.

La enfermedad constituye para el niño o la niña el encontrarse con una experiencia personal innovadora. En un encuentro como éste forzosamente han de hacerse patentes sus propios límites.

Entre los límites acuñados por la enfermedad, el niño se encuentra con la posibilidad o no de continuar realizando un determinado proyecto biográfico (el de su aprendizaje, las relaciones con sus compañeros, etc.), así como una restricción de las naturales disponibilidades para valerse por sí mismo.

El niño o la niña sufren además algo negativo y sobreañadido, el dolor, con el que no contaban y para el cual no disponen muchas veces de ninguna experiencia previa.

A raíz del padecimiento y del ingreso en el centro hospitalario, cambian las motivaciones y modifican los valores, alterando el significado de los estímulos a los que el niño enfermo está expuesto y por ende se dan alteraciones comportamentales, tales como: ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social, trastornos de crecimiento, problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades en la interacción con el personal sanitario, etc.

Como dice Morín: “El ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Es ésta unidad compleja de la naturaleza humana la que está completamente desintegrada en la educación a través de las disciplinas que

imposibilita aprender lo que significa ser humano. Hay que restaurarla de tal manera que cada uno desde donde esté, tome conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad común a todos los demás humanos”. (Morín, 1999:2)

La escuela, junto con la familia, constituye el medio natural donde ellos se desenvuelven. Y la escolarización es la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización. Durkheim dice que: “Educar es socializar”, en el entendido que socializar es un proceso que dura toda la vida, es ir aprendiendo normas, valores, ideas, modos de ser y de pensar que la sociedad establece para poder vivir en colectividad, y por ende la Pedagogía Hospitalaria pretende ayudar al educando a adaptarse al ambiente hospitalario y posteriormente a su entorno.

Es importante conocer qué pasa con los educandos que por sus condiciones de salud requieren reposo absoluto o moderado, según sea el caso así como el tipo de enfermedad por la que atraviesa y que por ese motivo, ha cambiado drásticamente su vida social y educativa (familia, escuela, amigos, etc.). Es aquí donde más se necesita un tipo de educación no clasista, ya que a las enfermedades poco les importa la condición social de los individuos. Es por esto que también requiere una acción educativa especial, que les permita a corto mediano o largo plazo integrarse a la sociedad de la que forman parte, pero una sociedad que les acepte e incluya.

CAPÍTULO III

PSICOLOGÍA EDUCATIVA EN EL AULA HOSPITALARIA Y NECESIDADES EMOCIONALES DEL NIÑO ENFERMO

... el fin por excelencia es el niño considerado individualmente y la forma en que podemos ayudarlo, proporcionándole actividades que refuercen actitudes positivas respecto a la escuela, el hospital y a su propia enfermedad.

-Gujarro y Torres-

La educación consiste en formar personas verdaderamente humanizadas y felices. Eso significa formar personas con mucha ética, principios y proyecto de vida. Sin ello no es posible ser humano y ser feliz.

La educación puede definirse como el proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. También se llama educación al resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos.

Generalmente, cuando hablamos de educación, lo primero en lo que pensamos es en la escuela, ya que ésta ha sido limitada a escolaridad y desgraciadamente descartamos o restamos importancia a otras prácticas, espacios y escenarios sociales que son tanto o más importantes para la formación de las personas.

Las personas, como miembros de una sociedad aprenden las claves de su cultura, no sólo en la escuela sino en un cúmulo de espacios, procesos, instituciones, relaciones personales, recibiendo mensajes y propuestas, elaborando códigos, e interpretando normas sociales, las cuales abarcan no sólo los conocimientos como tales, sino creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos.

La pedagogía hospitalaria supone una acción multidisciplinar y considera que las dificultades de aprendizaje y los problemas de salud no pueden ser abordados exclusivamente desde la pedagogía o medicina.

El conocer la educación requiere de una visión y de un pensamiento holístico, global, integral, evolutivo y procesual; intentando disminuir, compensar, curar los efectos de la enfermedad en el niño y en su entorno familiar, contrarrestando en lo posible los efectos derivados de la permanencia en el hospital.

Es por esto que para que surja el proceso enseñanza-aprendizaje, el docente debe de echar mano de la planeación del trabajo en el aula, siendo fundamental para lograr los objetivos de aprendizaje en todas las asignaturas académicas, porque organiza y jerarquiza qué y cómo se enseña; por lo tanto involucra al conjunto de decisiones y acciones que se toman a lo largo de una jornada escolar, así el docente define las actividades que realiza en el transcurso de la clase o del trabajo con determinado contenido.

Entonces, el planificar se relaciona con definir qué se aprenderá, para qué y cómo; y en ello va implícita la forma como utiliza el tiempo y el espacio, los materiales que seleccionará para apoyar el aprendizaje y la interacciones al interior del aula.

3.1 La Psicología Educativa

“La permanencia y el progreso de cualquier orden social, dependen de las eficiencia de sus instituciones” (Eson, 1978:3). Pues es el sistema educativo una piedra angular de toda la estructura social, porque solamente cuando éste funciones debidamente, podrán las demás instituciones continuar sirviendo a las necesidades de la sociedad.

La calidad de la educación determina el futuro de cualquier sistema social, ya que su eficacia repercute sobre las mismas escuelas y determina la clase de profesionales de la educación: maestros, educadores, pedagogos, que prestan

sus servicios en ellas, y la disposición y comprensión del público para financiar las escuelas.

La psicología educativa es una rama de la psicología que se dedica al estudio del aprendizaje y enseñanza dentro de los centros educativos, comprende el análisis de las formas de aprender y de enseñar, la efectividad de las intervenciones educativas con el objeto de mejorar el proceso.

Un sistema educativo consta de muchas partes que están vinculadas y establecidas para alcanzar y facilitar el crecimiento y desarrollo óptimos de los estudiantes. Y es la “psicología educativa, el estudio sistemático del desarrollo del individuo dentro del contexto educativo... Se preocupa de ciertos valores sociales y sólo secundariamente del progreso de las misma psicología” (Eson, 1978:3).

Es una rama interdisciplinar que se identifica con dos campos de sus interdependientes entre sí, por un lado las ciencias psicológicas, y por el otro las ciencias de la educación.

“La psicología educativa... capacitará al maestro para realizar su cometido con mayor competencia y aumentará su comprensión de lo que ocurre en clase” (Eson, 1978:3).

Proporciona un marco, en el cual se puede contemplar al que aprende y el proceso de aprendizaje, la relación de las materia de aprendizaje con el desarrollo del proceso intelectual, la naturaleza de los procedimientos y el contexto social en que se desarrolla la educación.

Promueve el desarrollo del estudiante y trata de convertirlo en un ciudadano responsable y activo, en un ser humano reflexivo y sensible, y en una persona productiva y creadora.

3.1.1 Antecedentes

Se pueden delimitar cuatro fases de acuerdo con la aparición de las funciones más significativas, que la psicología educativa ha ido asumiendo.

1. Primera época (1880-1920) se caracteriza por la preocupación por el estudio de las diferencias individuales y la administración de tests útiles para el diagnóstico y tratamiento de los niños problemáticos, de modo que en sus orígenes la psicología educativa aparece fuertemente ligada a la educación especial.
2. En un segundo momento (1920-1955) el impacto del movimiento de salud mental promueve la proliferación de servicios psicológicos, para tratar los problemas psicológicos infantiles dentro y fuera de la escuela, y divulga la idea de una psicología "escolar" no limitada al diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje escolar, sino ocupada también en la atención a los aspectos emocionales, afectivos y sociales del alumno.
3. En la tercera fase (1955-1970) empieza a considerarse la necesidad de formar a los profesores en los avances del conocimiento psicológico y en su integración en la metodología didáctica, y se piensa en el psicólogo como el profesional que actúe de puente entre tal conocimiento psicológico y la práctica escolar.
4. A partir de 1970, comienza la búsqueda de modelos alternativos basados en las teorías cognitivas, sistémicas, organizacionales, ecológicas y en la psicología comunitaria intentando dar un giro al esquema tradicional de atención individualizada a los casos problemáticos subrayando la importancia del contexto, tanto instruccional como socio-comunitario.

Los inicios de la psicología educativa, además están unidos a los comienzos de la psicología científica, ya que fue el interés en la psicología aplicada al contexto escolar y a la orientación profesional el motor de desarrollo de esta disciplina.

A partir de los años cincuenta se produce una recuperación de la tradición científica que se concreta con la llegada de la psicología, en la década de los sesenta, al mundo académico lo cual supone un salto cualitativo hacia su institucionalización pese a las fuertes tensiones estructurales que se dan en su seno. A partir de los años setenta se configura una demanda social de intervención psicoeducativa, asociada tanto a la difusión y generalización de ideas, como a la extensión de la oferta de los primeros titulados.

Las primeras prácticas de psicología educativa centradas desde un enfoque psicotécnico en actuaciones de aplicación de pruebas, informes estandarizados, orientación en cursos y ocasionalmente en actividades de reeducación. Los protagonistas eran psicólogos que independientemente o en grupo ofrecen sus servicios y establecen relaciones laborales irregulares con asociaciones de padres de alumnos, propiedad y dirección de centros escolares privados, etc.

3.1.2 Perspectiva Teórica

En la psicología educativa existen cuatro perspectivas principales, cada una con un enfoque característico:

1. Perspectiva conductista: las premisas básicas son el estímulo y la respuesta, que son aplicados en los seres humanos a modo de poder observar los cambios de comportamiento, siendo condicionados en diferentes situaciones. El condicionamiento puede ser aplicado para reestablecer cierta conducta en determinados ámbitos y momentos.

2. **Perspectiva cognitiva:** se basa en los procesos que tienen lugar atrás de los cambios de conducta, siendo observados para usarse como indicadores, para entender lo que está pasando en la mente del que aprende.
3. **Perspectiva constructivista:** se centra en la construcción de conocimientos por medio de las experiencias y esquemas mentales con las que cuenta, las cuáles contribuyen a la formación de conceptos e ideas por parte del individuo, considerando también las determinantes sociales y culturales que influyen en el proceso de aprendizaje. Por lo que el comportamiento, habilidades, aptitudes y creencias están inherentemente relacionados con la configuración sociocultural específica en la que se encuentra el individuo.
4. **Perspectiva socio-cognitivista:** pertenece a las teorías conductista, cognitiva y social e identifica los diversos factores que determinan el proceso de aprendizaje por observación, en el cual el comportamiento del educando cambia como resultado de la observación del accionar de otros y de las consecuencias producidas por la misma.

La psicología educativa no puede demandar prioridad en el análisis sistemático de los procesos educativos. Las aspiraciones de la nueva disciplina fueron la aplicación de los métodos científicos de la observación y la experimentación a los problemas educativos.

Incluso en los primeros años de la disciplina, los psicólogos educativos reconocieron las limitaciones de este nuevo acercamiento. Algunos de los psicólogos y teóricos educativos más influyentes, dentro de ésta ciencia, son:

- **J. F. Herbart**

Fue él más ilustre representante de la ciencia en el siglo XIX y el XX, una serie de aportes contribuyeron a la definición de la psicología de la educación. El interés dice Herbart es el concepto cardinal de la instrucción.

- **Alfred Binet**

Es el creador de los tests para la medida de la inteligencia en los niños, que han servido de base para su mejor estudio y educación en los tiempos modernos, consisten en una serie de pruebas que sirven para determinar la edad mental del niño. Fue un investigador que contribuyó en gran medida a nuestra comprensión de cómo valorar las facultades cognitivas y al análisis experimental del funcionamiento y crecimiento cognitivos.

- **Sigmund Freud**

El psicoanálisis mantiene un fuerte compromiso con el postulado según el cual las adaptaciones en la madurez se comprenden adecuadamente en términos de la historia vital del individuo, presenta la fijación y la regresión como mecanismos que explican cómo experiencias particulares pueden posteriormente influir en la conducta y las funciones.

- **Vigotsky**

Rechaza totalmente los enfoques que reducen la psicología y el aprendizaje, a una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la psicología.

El conocimiento no es un objeto que se pasa de uno a otro, sino que es algo que se construye por medio de operaciones y habilidades cognitivas que se inducen en la interacción social. Por lo que el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmersa la persona.

- **Piaget**

Para él, educar es adaptar el individuo al medio ambiente social, entonces, la educación debe basarse en la psicología del niño y en sus manifestaciones activas, características de la infancia. Lo esencial de cada construcción o período

anterior del conocimiento, permanece casi siempre en forma de base sobre la cual se alzarán los logros de sucesivas fases del aprendizaje.

- **Jonh Dewey**

Acentuó el carácter de la educación, como un aprender haciendo, ya que la educación para él es a la vez una función social y una función individual; por una parte, es la suma total de procesos por los cuales una comunidad transmite sus saberes con el fin de asegurar su propia existencia y desarrollo; y por otra, es una continua reconstrucción de la experiencia. “La escuela no es una preparación para la vida, sino la vida misma depurada, en la escuela el niño tiene que aprender a vivir”.

- **G. Stanley Hall**

Destacó en su papel de organizador, reclutador y divulgador de la nueva ciencia; pues a partir de él se realizaron excavaciones en el estudio infantil. Puso total énfasis en áreas de la investigación evolutiva: tests mentales, el estudio de los niños y la educación preescolar.

3.2 Contexto Escolar

Todo lo que rodea al centro educativo (aulas hospitalarias), es parte de su contexto y debe ser tomado en cuenta por la comunidad educativa para un mejor funcionamiento y aprovechamiento de los recursos, para paliar desigualdades y para proveer una educación de calidad. Si no conocemos el contexto, no se puede brindar a los alumn@s lo que requieren, de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

El contexto, provee al aula una serie de elementos y factores, que puedan favorecer u obstaculizar el proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de ella. Por lo que resulta importante, que el docente que se encuentre frente al grupo, conozca el tipo de contexto en el cual los alumn@s se desenvuelven, estilos y

ritmos de aprendizaje, conocimientos adquiridos, padecimiento, tratamiento, estancia, lugar de origen, por mencionar otros.

3.2.1 Aula Hospitalaria

La escuela de hoy tiene que estar preparada para dar la bienvenida y no para discriminar a niñ@s procedentes de otras culturas, a niñ@s que han sobrevivido a una enfermedad o que arrastran las secuelas de la que han pasado ya o que están en diferentes fases del tratamiento y que periódicamente tienen que permanecer en casa o ingresar en el hospital; pues es concebida como un lugar socialmente definido en las que se entra en contacto con nuestro igual y en donde creamos y establecemos nuestro rol, mediante la relación que establecemos con los otros.

“Actualmente el alumno se ha convertido en el personaje principal del proceso educativo y el maestro en el facilitador del conocimiento, teniendo como consecuencia el que los contenidos y la metodología estén orientados a las necesidades del educando y por ende, a su desarrollo pleno como ser humano” (DGIFA, 2013:6).

La escuela junto con la familia constituye el medio natural, donde los niñ@s en edad escolar se desenvuelven; siendo la escolarización, la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización.

“En las aulas hospitalarias se aúnan dos derechos fundamentales de los niñ@s: el de la educación y el de la salud, cobrando toda su dimensión humana cuando se trata de niñ@s que sufren, que tienen miedo, que pueden sufrir aislamiento o que pueden ver retrasado su desarrollo intelectual y psicológico” (Jornadas Regionales de aulas hospitalarias, 2005:1).

Por lo que es fundamental procurar al niñ@ hospitalizado junto con los cuidados médicos, atención psicológica y educativa que se adapte a las características y

necesidades de los niñ@s, convirtiéndose en un acontecimiento enriquecedor que incida positivamente tanto en su desarrollo cognitivo como socio-afectivo, a través del juego, la escolarización y la relación con sus iguales, para la mejora de la calidad de vida de los niñ@s hospitalizados.

Es por lo anterior, que las aulas hospitalarias (fijas o móviles), representan un apoyo fundamental para la adquisición de los aprendizajes establecidos en el currículo escolar, pero también una importante contribución para conseguir la adaptación al medio hospitalario y surgen como una vía para abordar la educación inclusiva, ya que lo que se busca en este espacio, creado en los hospitales, es preparar e insertar satisfactoriamente a los niñ@s y jóvenes que se encuentran hospitalizados, y prepararlos y proveerlos de una mejor calidad de vida.

El Aula Hospitalaria es “el espacio ubicado dentro del hospital, con el objetivo de permitir que los niños y/o adolescentes internados en una institución médica puedan continuar con sus estudios y cuenten con un espacio de recreación” (DGIFA, 2013:16).

Para poder enseñar dentro de un Aula Hospitalaria, es necesario el adaptarse a la realidad del niño y/o adolescente y comprender que el seguir al pie de la letra un currículum no tendrá fin alguno, por lo que nos exige que olvidemos a la enfermedad y veamos al ser humano, ya que tener una enfermedad o alguna necesidad diferente es sólo una característica más, y no algo que nos defina como personas.

El Aula Hospitalaria entre sus objetivos postula:

- “Prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los niños y adolescentes en edad escolar durante el periodo de hospitalización.
- Satisfacer, mediante una metodología adecuada, la necesidad cognitiva y recreativa que tiene el niño y el adolescente.
- Permitir el proceso de socialización del niño y/o adolescente hospitalizado.
- Dar continuidad al proceso de enseñanza – aprendizaje durante el periodo de hospitalización.

- Lograr que los niños y adolescentes al terminar su periodo de estancia en la institución médica puedan insertarse satisfactoriamente a la institución educativa” (DGIFA, 2013:6).

La metodología que se sigue en las aulas hospitalarias no es única, ya que está orientada a trabajar según las necesidades y características del grupo. Se promueve de modo activo, es decir, que permita que el niño y el adolescente expresen su sentir, su punto de vista, sus intereses y puedan tener un espacio para la recreación.

El medio hospitalario representa un ambiente social en el cual las personas que viven con enfermedad están sometidas a diversos procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; esto significa, que ante la gran demanda de servicios de salud, se observa una concentración de población, en la que se identifican diversos niveles educativos, culturales, hábitos y costumbres. En consecuencia, puede preverse, que los hospitales de asistencia pública, además de cubrir las necesidades del proceso de salud-enfermedad, se preocupen por integrar acciones que complementen el equilibrio y la armonía de la persona afectada.

En el esquema de trabajo, “todas las aulas deben de contar con equipos de cómputo personales y de escritorio, con los programas Enciclomedia, Artenautas y Enciclopedia de consulta Encarta, conexión a internet, sistema de televisión educativa (EDUSAT), libros y bibliotecas de aula del consejo nacional de libros de texto gratuitos (CONALITEG), biblioteca para el fomento a la lectura de consejo nacional para la cultura y las artes (CONACULTA) y la colección de libros para la vida y el trabajo del instituto nacional de educación para el adulto (INEA)” (DGIFA, 2013:18).

El aula requiere una “buena iluminación y ventilación; debe ser un espacio confortable de estudio y en consecuencia, debe contar con el mobiliario indispensable, además del equipo y material proporcionado por el programa. El equipo y material adicionales como mesas, sillas, escritorios, libreros, carro de

biblioteca móvil, televisión, reproductor de DVD, impresora, teléfono, material escolar y juegos de mesa y habilidad mental” (DGIFA, 2013:18).

“Las áreas deben de estar diseñadas de tal modo, que las personas tengan facilidad de acceder a los sanitarios y al mismo tiempo, al lavado de manos con agua y jabón; actividad que debe implementarse dentro de las medidas de higiene, como uno de los indicadores de calidad” (Ortega y Suárez, 2006; citado por Knaul, 2006:311); otra medida, es la práctica del lavado de manos en seco, con gel de alcohol.

Aunado a lo anterior, es importante conocer qué pasa con los educandos que por sus condiciones de salud requieren reposo absoluto o moderado, según sea el caso así como el tipo de enfermedad por la que atraviesa y que por ese motivo, ha cambiado drásticamente su vida social y educativa (familia, escuela, amigos, etc.).

Dentro de la atención educativa que se brinda en los hospitales, se cuenta con dos tipos de aulas, que deben de estar equipadas con material didáctico, que permite una secuencia de contenidos en el hospital, ya sea en el aula o bien en camas (depende de la situación de enfermedad en la que se encuentre el niño).

Es necesario considerar el grado escolar que cursa el niño para poder trabajar los contenidos y utilizar los materiales necesarios para la intervención.

Los tipos de aula son:

1. **“Aula Fija.** En un espacio asignado por el Hospital que es denominado Aula Hospitalaria, en donde la atención educativa se da a través diversas propuestas educativas como el modelo multigrado y con adecuaciones curriculares.
2. **Aula Móvil.** Consiste en llevar la atención educativa a los niños y jóvenes que no pueden desplazarse o que están aislados, acercándoles los materiales y el apoyo educativo” (DGIFA, 2013:16).

3.2.2 Pedagogo Hospitalario

Actualmente se siente ya como una necesidad vital, la presencia del profesional de la educación en el hospital para conformar un equipo de trabajo atento a las necesidades imperantes en los niñ@s en situación de enfermedad, que identifique el origen, las fases y causas por las cuales esta población se encuentra en riesgo de rezago educativo.

“Los pedagogos hospitalarios que trabajen en los hospitales han de ser personas imaginativas que cultiven el difícil arte de la improvisación creativa y la exigencia atemperada. Por fidelidad a la especialidad elegida, el pedagogo ha de saber sacrificar aquí la eficacia de los rendimientos académicos a la mejor adaptación del niño al hospital, los aprendizajes a la salud, la programación curricular a la optimización de la evolución clínica” (Polaino-Lorente, 1990; citado por Pinto, 2013:77). También es importante que cuente con una personalidad equilibrada, empatía, flexibilidad, imaginación y creatividad.

Dentro de las funciones a desarrollar del docente hospitalario, destacan:

- “Dar continuidad de la educación de los niñ@s, en función de cuál sea su enfermedad y el estado psico-biológico en que se encuentra.
- Colaborar con el personal sanitario, siendo consciente de la salud es la meta prioritaria en los niñ@s.
- Ser un intermediario entre el niño-familia, niño-personal sanitario y niño-docente.
- Tiene una implicación directa en la vida afectiva del niño, ayudando a reeducar las emociones.
- Transmitir contenido educativo en los ratos de ocio de los niñ@s, para recuperar el posible retraso académico y evitar la deserción, además de ser na vía de enriquecimiento personal y social.
- Apego a los programas y planes de estudio vigentes de educación básica, para organizar el trabajo dirigido a grupos multigrado.

- Conocimiento de los padecimientos de los alumnos en condición hospitalaria, para planear y adaptar las estrategias didácticas.
- Seguimiento puntual y sistemático de avances de cada alumno.
- Evaluación de los aprendizajes de los alumnos en condición hospitalaria.
- Propiciar ambientes favorables de aprendizaje en las aulas hospitalarias, que consideren los diversos estilos de aprendizaje de los alumnos en condición hospitalaria.
- Orientación y apoyo necesario al padre de familia o tutor del alumno en condición hospitalaria, para regularizar cualquier problemática que se presente” (DGIFA, 2013:23.24).

3.3 Concepto de Salud

La salud es un factor que determina el bienestar físico, mental y social de todas las personas. Todos en algún momento de nuestras vidas podemos enfermarnos, y la enfermedad no es exclusiva ni contempla sólo algunos sectores, culturas, ideologías, etc., pues ésta afecta a todos.

En 1946, la OMS definió a la salud como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o de enfermedades” (Boixareu, 2008:103); es decir, la salud es aquel estado que permite al individuo funcionar adecuadamente en su ser y en las relaciones de este ser, en los medios ambientes físico y social.

“La enfermedad y la salud no están homogenizadas, ya que nos remite a la diversidad de cualquier grupo de oficio, sexo, grupo social, etc., y esto siempre generará una desigualdad” (Boixareu, 2008:99).

La salud es una necesidad común a todos los individuos y que todos nos ocupamos de conseguirla, utilizando distintos medios y/o métodos de prevención.

Las prioridades de la salud se entienden en la perspectiva de la promoción de responsabilidades sociales por la salud, aumento de las inversiones en el desarrollo de la salud, ampliación de las capacidades de la gestión de las comunidades y de los individuos.

Es por esto, que “la dimensión social de la salud, por lo menos abarca tres aspectos: la salud y su relación con la sociedad, la salud como un valor social y la salud en la política social y sanitaria” (Boixareu, 2008:112).

Debido a lo anterior, la salud es un asunto personal y colectivo por un lado, pero también es algo interdisciplinar y político, por lo que se puede hablar de la salud pública, no como concepto, sino como una actitud social de la cual se desconocen los orígenes; sin embargo, se encuentran datos precisos de acciones colectivas hechas para mejorar la salud de la población, y es a través de la historia de la humanidad, que se ha ido creando la estructura de normas, creencias y costumbres que dieron paso a una higiene.

3.4 Concepto de Enfermedad

Sólo conociendo la trascendencia de la enfermedad, se puede ayudar a comprenderla y ayudar a su recuperación de la complejidad que la embarga en lo personal y lo familiar, así como en la forma de vivir con ella.

La enfermedad ha sido vista como un desorden del equilibrio natural, como agresión externa, como consecuencia de los estilos de vida, como desgracia y también como posible castigo. Aunque las miradas varían según el tipo de enfermedad y sus diferentes expresiones, por lo que las respuestas son distintas dependiendo quien las formule: el médico, el paciente o la familia.

“La enfermedad es un conflicto, un proceso a través del cual se hace patente la pérdida o debilidad, la alteración de la capacidad de decisión y ejecución personal, autónoma o colectiva, acompañada o no de trastorno, sufrimiento, reconocimiento

social que conduce a una manera de vivir particular”(Boixareu, 2008:183). Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad.

Debido a esto, la enfermedad pone al descubierto la vulnerabilidad humana y revela el interior del ser humano que se vuelve transparente, viviéndose y sintiéndose de manera personal y social, porque la viven e interpretan la sociedad. Las dimensiones de la enfermedad para quien la padece, son muy amplias y repercuten de muchas maneras en su vida.

En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual. “La enfermedad genera roles sociales-grupales, que pueden influir en el medio ambiente” (Boixareu, 2008:99).

Al hablar de enfermedad crónica se hace referencia a un trastorno orgánico y funcional que modifica el estilo de vida, que es permanente, multicausal y que requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control; que engloba las enfermedades de larga duración, asociadas a menudo con un grado de incapacidad con diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la que pertenecen.

Este tipo de enfermedades trae consigo unas connotaciones, que la hacen en la mayoría de oportunidades ser causa de rechazo, depresión o crisis emocionales de quienes la padecen; porque se conoce que son situaciones de enfermedad largas, que implican tratamientos prolongados, agotadores, que producen dolor, deterioro progresivo, causan limitaciones físicas, pérdida de la independencia o autonomía, y muerte. Todo esto además conlleva a pensar, que las personas enfermas necesitan del apoyo o cuidado de otros por lo tanto se convierten en una carga social.

Cuando un individuo conoce que tiene una enfermedad crónica se ve enfrentado a un futuro incierto, que se modifica dependiendo el curso de la enfermedad, esta evolución del deterioro físico, conlleva un aislamiento social, donde el individuo tiende a reencontrarse con sí mismo y encontrar un sentido distinto a su propia existencia.

La persona con una enfermedad crónica experimenta un sinnúmero de emociones negativas: tristeza, impotencia, ansiedad, miedo, soledad... y esos sentimientos se hacen extensivos también a su cuidadores, sea el cónyuge, algún familiar o un amigo cercano. Tanto uno como otros se desaniman fácilmente a causa del cambio en sus papeles, las complicaciones del tratamiento y la amenaza constante de la muerte. La enfermedad crónica domina sus vidas.

Conocer el significado de la enfermedad para el enfermo y su entorno, es fundamental para ofrecer una buena atención: médica, educativa, emocional, psicológica, etc.

3.5 Demandas en Base a las Necesidades del Niñ@ Enfermo

La educación contribuye de manera esencial al desarrollo de las personas y también al económico y social de las naciones. Por ello, la mayoría de los países del mundo, reconocen en esta importante función social, un derecho fundamental.

Los niñ@s que viven con enfermedad y que no pueden acudir a la escuela de forma regular, tienen el mismo derecho a la educación que los que gozamos de salud.

En este contexto, la educación toma dos papeles: uno como medio para ofrecer esperanza y fe en la probabilidad de salir adelante a pesar de la enfermedad; y otro que permite la continuidad escolar, creando equidad, igualdad de oportunidades para los niñ@s y desarrollo de su capacidades, independientemente de su condición de salud.

La enfermedad conlleva a cambios personales e interpersonales, que afectan a la persona con enfermedad y su familia. Ésta situación genera necesidades nuevas derivadas de la enfermedad y de la hospitalización; entre algunas de las necesidades, están las educativas que “tiene que ver por un lado con la propia enfermedad y su impacto, pues la persona necesita información sobre su enfermedad: autocuidado y reducción de repercusiones biopsicosociales; por otro lado necesita apoyo emocional para adaptarse y afrontarlas, siguiendo los aprendizajes relacionados con la escolarización”(Violant, Molina y Pastor, 2011; citado por Pinto, 2013:16.17).

Esta diversidad de los alumnos, esta heterogeneidad de los niños que estudian en una misma aula, hace que su participación e intervención en las clases no pueda ser igual sino diferenciada, de acuerdo con los niveles, capacidades, habilidades y experiencias de cada cual. La diversidad existente en el aula requiere del docente una atención diferenciada, que permita a los alumnos avanzar en sus aprendizajes según sus propias características desde el nivel en que se encuentran.

Por ello, para atender esta situación de diversidad, para que todos los niños trabajen simultáneamente y aprendan según sus propias características, es preciso combinar y alternar los modos de trabajo del docente y las formas de trabajo de los alumnos para aprender.

Dicho de otra manera, se requiere combinar y alternar la atención directa con la atención indirecta así como el trabajo grupal con el individual, por lo que propongo algunas recomendaciones para lograr este trabajo y para responder a cada una de las necesidades de los niños en condición hospitalaria.

1. Apoyo de políticas educativas e instituciones educativas de formación docente, que reconozcan e incorporen la existencia y la importancia de una educación multigrado, como una realidad para lo cual se precisa una respuesta adecuada, que permita a los futuros docentes hacerle frente.
2. Capacitación en contenidos y didáctica de las áreas curriculares, de modo que facilite la programación y la práctica multigrado; así como la

capacitación para el conocimiento y uso de materiales educativos, y para la elaboración de otros materiales.

3. Mobiliario suficiente, para que todos los alumnos puedan estudiar con comodidad, que se encuentre en buenas condiciones, que sea adecuado a la edad del niño y que sea funcional para su aprendizaje.
4. Condiciones adecuadas en el aula; esto es, espacio amplio, ventilado, iluminado, con la higiene debida y necesaria; accesos y espacios para niños con alguna necesidad específica, con tomas de corriente suficientes para las bombas cuando son canalizados, etc.
5. Fortalecer la formación integral, centrada en un método didáctico en el aprendizaje y en la innovación.
6. Adecuar el ritmo de aprendizaje, de acuerdo a las características del diagnóstico y/o enfermedad del niño.
7. Contribuir a la mejora de habilidades intelectuales y sociales, para que se pueda reintegrar de la mejor manera posible a su entorno escolar, dentro y fuera del ámbito hospitalario.
8. Fomentar y nutrir la imaginación del niño.
9. Promover la creatividad, mediante el arte (música, pintura, escritura y lectura), a fin de que pueda plasmar lo que siente y vive en su proceso de diagnóstico, tratamiento e internamiento. Utilizar el juego como una herramienta de comunicación, de acercamiento y reconocimiento con el otro (niño), como medio de aprendizaje; y que desvíen su atención de todo tipo de situación negativa.
10. Apoyo emocional y afectivo, proporcionando un ambiente relajado y agradable, que permita además, ofrecer cauces de comunicación con los adultos y niños de su alrededor. Favorecer la mejora del estado de ánimo del niño, para que mejore su sistema inmune.

3.6 Trastornos Psicológicos asociados en la enfermedad

Los niñ@s en condición de enfermedad, sometidos a una hospitalización, deben enfrentarse no sólo al temor o al dolor de los procedimientos médicos, sino también a todo lo que trae consigo el fenómeno de la hospitalización y la ausencia de una vida normal; emanando de ésta, ciertas alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo de manera frecuente.

El efecto de las enfermedades crónicas es notorio, por su repercusión en las esferas biológica, psicológica y social de los individuos; lo implica echar mano de un enfoque integral que cubra las necesidades específicas del niñ@ y de su familia, para favorecer una mejor adaptación de la enfermedad, debido a que ésta representa una pérdida importante y dolorosa de gran relevancia emocional. Por lo que, “la manera en que se afronta esta nueva situación, depende de las características personales y la asistencia sociocultural disponible” (Trief y Himes, 2001; Lake y Col., 1999; citado por Knaul, 2006:65).

Algunos de los trastornos psicológicos de consideración y que pude observar durante la práctica son: irritabilidad recurrente, depresión, baja autoestima, sentimiento de desesperanza, negación y rechazo a la enfermedad, ansiedad, sobreprotección o exagerada atención hacia los acontecimientos cotidianos; modificadores de los hábitos alimenticios, tensión, culpa, impotencia, descenso en los estímulos sensoriales y sociales, problemas de sueño, evitación, dificultades en las relaciones interpersonales, ausentismo y deserción escolar, estrés y problemas de conducta.

“Las enfermedades crónicas poseen un efecto directo en el rendimiento escolar” (Prevatt y Col., 2000; citado por Knaul, 2006:66), ya que producen distracciones y deficiencias en la memoria a corto plazo, atención, motivación y percepción, estados emocionales negativos, debido al tipo de tratamiento a la que se ven sometidos.

3.6.1 Estrés

Las rutinas y dinámicas familiares cambian en forma natural y radical cuando un niño está enfermo, lo que puede confundir y angustiar a su entorno familiar. Además del miedo y la ansiedad sobre la enfermedad, muchas veces ellos experimentan la sensación de pérdida de la vida familiar "normal", y la pérdida de su identidad dentro de la familia.

Los adultos, en su función de proveedores de atención y de cuidado, tienden a ver el mundo de los niños como feliz y despreocupado; después de todo, los niños no tienen que trabajar ni que pagar cuentas; entonces, ¿de qué podrían preocuparse? ¡De muchas cosas! Incluso los niños muy pequeños tienen preocupaciones y sienten estrés en alguna medida. El estrés es una función de las demandas que tenemos y de nuestra capacidad para satisfacerlas.

La tristeza y la melancolía, son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas.

Las presiones a menudo provienen de fuentes externas (como la familia, la escuela, la salud, etc.), pero también pueden surgir de la persona. La presión que nos imponemos puede ser muy significativa, porque a menudo hay una discrepancia entre lo que creemos que debemos estar haciendo y lo que hacemos realmente en nuestras vidas.

El estrés puede afectar a cualquier persona que se sienta abrumada, incluso a los niños. También debe tener en cuenta los factores agravantes, como en este caso: la enfermedad.

Si bien no siempre es fácil reconocer el estrés en los niños, los cambios a corto plazo en la conducta, como los cambios de humor, el mal comportamiento, el cambio en los patrones del sueño o el hecho de mojar la cama, pueden ser indicaciones.

Algunos niños experimentan efectos físicos que incluyen dolor de estómago y dolor de cabeza; otros tienen problemas para concentrarse o terminar la tarea escolar o pasan mucho tiempo solos.

Los niños más pequeños pueden mostrar signos de reacción frente al estrés al adoptar nuevos hábitos, como chuparse el dedo, enroscarse el cabello con el dedo o meterse el dedo en la nariz. Los niños mayores pueden comenzar a mentir, a agredir a otras personas o a desafiar la autoridad.

Un niño estresado también puede tener pesadillas, dificultad para irse de su lado, reacciones exageradas a problemas menores y cambios radicales en el desempeño académico.

3.6.2 Ansiedad

Los niños, como los adultos, sienten una gran variedad de emociones fuertes sobre lo que les pasa. A veces, cuando el mundo que les rodea parece incierto o peligroso, sienten miedo o preocupación.

Aprender a reconocer el peligro correctamente y manejarlo de forma segura es una parte importante del desarrollo. Esto puede ser a veces un gran reto, tanto para los padres como para los niños.

Cuando un niño o joven tiene preocupaciones y miedos que son tan intensos o severos, les impide hacer sus tareas cotidianas o llevar una vida normal. Estos niños están probablemente sufriendo un trastorno de ansiedad y pueden necesitar ayuda especializada para superar el problema.

Algunos de los síntomas que se presentan en la ansiedad son: miedo, sudoración excesiva, molestias abdominales, presión en el pecho, inquietud, necesidad de ir al baño frecuentemente, por mencionar otros. Estos síntomas van y vienen, algunas veces, un niño puede manejar bien algunas situaciones y otras veces puede sentirse muy ansioso.

Los niños pequeños no podrán explicar que se sienten ansiosos o nerviosos por lo que se vuelven irritables, lloran con facilidad y se vuelven demandantes. La dificultad de iniciar el sueño puede ser una señal de ansiedad, como también el sonambulismo y las pesadillas; además puede causar que un niño desarrolle un dolor de estómago o que se sienta enfermo.

Algunas de las causas más frecuentes de ansiedad, son:

- Problemas familiares: Los niños pequeños se sienten inseguros cuando oyen a los padres discutir o pelearse, o sentirse culpables cuando ven a un padre preocupado o triste que les rechaza o no les da cariño.
- El divorcio: Es generalmente doloroso para un niño, ya que normalmente quiere a ambos padres juntos y tiene miedo a ser abandonado.
- Muerte o enfermedad: Pueden cambiar mucho su vida diaria y que nadie en la familia pueda consolarlo, hace que un niño se sienta inseguro y triste, especialmente si es muy pequeño para entenderlo.
- Problemas en la escuela: Los niños que son objeto de burla, están faltos de amistades o que tienen problemas con el trabajo escolar.
- Experiencias traumáticas: Pueden sufrir ansiedad y desarrollar un trastorno por estrés post-traumático.

3.6.3 Depresión

Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

El avance en la tecnología, las demandas sociales y los ritmos de vida, hacen que el mundo gire más rápidamente y con ello sus exigencias, los niñ@s se ven envueltos en una vida llena de compromisos, demandas, competencias y en su mismo proceso sobresalir.

La depresión es un trastorno afectivo en el cual se encuentran implicados aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales. Es un cambio permanente de la capacidad de disfrutar los acontecimientos, de comunicarse con los demás y un cambio en el rendimiento escolar y esto va acompañado de acciones que pueden ser consideradas como conductas de protesta o de rebeldía.

Algunos síntomas de la depresión son: tristeza, irritabilidad, llanto fácil, falta de sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, modificación en la conducta alimenticia y peso; hiperactividad, ideas suicidas, alteraciones en el aprendizaje y en el ámbito social, agresión, frustración, miedo a la muerte, desesperanzas, baja autoestima, pérdida de placer en aquellas actividades que antes le satisfacían, hostilidad hacia padres y maestros, etc.

La depresión infantil puede presentarse asociada al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad médica crónica o de larga duración, que puede dejar secuelas psicológicas en sus sobrevivientes.

La edad de aparición de la enfermedad ha sido uno de los factores que se consideran más relevantes para la manifestación de secuelas psicológicas. A menor edad, mayor capacidad de adaptación a los cambios y demandas de la enfermedad.

También juega un papel importante el proceso de adaptación a la enfermedad con sus restricciones y exigencias. Muchas de las manifestaciones afectivas que aparecen, principalmente los estados depresivos, son resultado no de la enfermedad en sí, sino de sus consecuencias, tales como, las restricciones en actividades físicas o de juego; la imposición de un régimen alimenticio o de medicamento; el cambio de autoimagen debido a la pérdida de pelo o de peso corporal; la pérdida de la rutina diaria como la asistencia a clase o la convivencia con los compañeros debido a las constantes visitas médicas u hospitalizaciones.

Existen momentos críticos que evidencian con mayor fuerza alteraciones psicológicas y éstos suelen ser tanto el momento inmediato al diagnóstico como el proceso mismo del tratamiento. Cuando el niño-joven (la niña/joven) recibe el diagnóstico requiere entender, aceptar, lo que le está ocurriendo y los cambios que esta enfermedad le ocasionarán, por lo cual no es de extrañar que en éstos momentos la depresión aparezca con intensidad.

De igual forma, suele ocurrir cuando se inicia el tratamiento, las consecuencias que éste trae, como las de carácter físico que suelen ser peores y más aversivas que la propia enfermedad, sumiendo a la persona en un mundo de dolor, contradicción y aflicción. El seguimiento del tratamiento y las recaídas se acompañan por lo general de síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo, finalizado éste, continua un periodo largo de sobrevivencia y curación que suele ir acompañado de un optimismo generalizado a pesar de la presencia de una cierta incertidumbre y vulnerabilidad.

3.6.4 El Dolor

En todas las culturas de todos los tiempos, el dolor ha sido una preocupación constante. La realidad del enfermo, auténtico protagonista en toda enfermedad, supone también la realidad de una familia que acompaña y que padece con él y en él. La presencia del médico, del especialista de la salud, es fundamental en todo proceso de cura.

La aceptación del dolor muchas veces como final de la vida no siempre puede ser comprendido; la resignación, el ofrecimiento y la entrega son virtudes que deberíamos ayudar a desarrollar en aquel que padece.

El dolor constituye un problema común entre los niños y adolescentes, tal y como han mostrado estudios; mediante la constatación de hechos, así como su comprobación, del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño,

por lo que en los últimos años, sin duda alguna ha aumentado el interés en dicho tema.

Dado que los aspectos psicológicos junto con los del entorno, tienen enorme importancia en la percepción del dolor por parte del niño, se debe de tratar ambos. En el aspecto psicológico, el dolor se define como “Toda aquella experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial” (International Association for the Study of Pain, IASP).

Al hablar de dolor en el niño, se deben tener en cuenta razones anatómicas y físicas; ya que la percepción del dolor además de ser un fenómeno biológico se ve influenciado también por aspectos psicológicos y del entorno, pues repercuten y modulan la sensación que capta las excitaciones dolorosas, por lo que una misma situación patológica puede provocar reacciones dolorosas diferentes.

En la práctica pedagógica, es importante considerar, que cada una de las distintas circunstancias, significarán una percepción diferente del dolor por parte del niño y del otro (familia, personal sanitario y quien esté en contacto directo con él), del dolor que esté padeciendo el niño.

Debido a que el niño puede llegar a prestar una atención máxima al dolor, lo que tiene como consecuencia un aumento de su ansiedad y también del miedo a la sensación dolorosa, con lo que la experiencia sensorial puede magnificarse y sentirla como un empeoramiento.

Igualmente si el dolor es continuo o recurrente, el niño deja de hacer sus actividades habituales e incluso se aísla de su entorno ambiental, de modo que ese dolor y la atención que hacia él se tiene, llega a formar un círculo vicioso de difícil situación, siendo esta una de las causas de la aparición del dolor crónico.

Del mismo modo, hay una relación estrecha entre la concentración, que el niño tenga sobre la sensación dolorosa, las consecuencias físicas que produce el dolor y la posible amplificación somatosensorial por la sobrevigilancia de las reacciones corporales que produce ese dolor; todo ello tiene como consecuencia, no sólo una

vivencia afectiva más desagradable (ya sea depresiva, ansiosa o ambas), sino también somática, produciendo en el niño una serie de situaciones que aumentan la gravedad de los procesos patológicos y de la incapacidad que siente.

“El dolor se emplea con relación a aquello que afecta al cuerpo, siendo descrito como el fuego, de tipo penetrante, una punzada, invasivo, rítmico, etc.” (Boixareu, 2008:265). El dolor, no se define exclusivamente como una percepción nociceptiva, sino que constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas; y al incluir la emoción desagradable, da paso a un conjunto de sentimientos como el sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación.

Dentro de la observación realizada durante la práctica, pude entender y comprender al dolor, visto desde tres dimensiones diferentes:

1. Dolor como tal: Me refiero al dolor físico, emocional que describo en las líneas anteriores.
2. Dolor-Frustración: El dolor pasa a convertirse en enojo, debido a los síntomas que trae consigo la enfermedad, a los periodos largos de hospitalización, al encontrarse impedido en realizar muchas actividades, en comer alimentos que no les gustan o quizás en pocas cantidades y se encuentran en grandes periodos de irritabilidad.
3. Dolor- que NO Duele: En este dolor, ocurre que al niño se le oculta el diagnóstico que le fue dado y que si está en el hospital, es debido a los malestares que influyeron a que llegara ahí.

3.6.5 El Sufrimiento

La percepción del sufrimiento, depende de múltiples factores. “Articula el concepto de dolor total, que ya no se refiere al dolor que se experimenta en una determinada región de la corporeidad humana, sino a un dolor configurado por elementos no sólo somáticos sino también psicológicos, afectivos, socioeconómicos, rituales y espirituales” (Boixareu, 2008:251). Por lo que el significado que le otorguemos, dependerá en gran medida de nuestra educación, reflexión, experiencias e historia individual.

El dolor y el sufrimiento convergen en una sola realidad, articulándose en uno sólo y expresándose en el padecimiento y por ende, confluyen en él, todas las dimensiones humanas: biológica, social, psicológica y espiritual.

“Es aquel que surge del interior de la persona, se hace inexpresable, la evaluación es subjetiva, aunque también se utilizan formas metafóricas del lenguaje para representarlo” (Boixareu, 2008:265).

El sufrimiento inquieta, altera y por lo regular casi siempre queremos y buscamos alejarnos de él, sin considerar que si lo conocemos, enfrentamos y asumimos, aprenderemos a manejarlo; pues está ligado a una causa, lo que lleva a la modificación de la conciencia personal de la experiencia, debido a que surge vulnerabilidad ante el proceso por el cual se está pasando. Y es con ésta modificación, que se hace del tiempo personal algo lento, inevitable, inacabable, sin fin. No hay pasado, ni presente, solamente la esperanza del posible futuro si el padecimiento se aleja y acaba.

“Ante el sufrimiento, la persona puede adoptar ciertas actitudes negativas, como lo son: el masoquismo, escapismo (huyendo del dolor), apatía (quedarse atrapada en el dolor), autocompasión (injusticia) y autismo (alejarse del entorno)” (Castro, 2008:76.77).

El significado que se le atribuye al sufrimiento, dependerá la cultura a la que se pertenezca, los saberes, creencias y prácticas que se utilizan para combatirlo; que

han surgido de otras y que se han enriquecido por las aportaciones que le han hecho. Desafortunadamente, a lo largo de nuestra vida nadie nos ha enseñado que el dolor y el sufrimiento existen, y mucho menos nos han dicho qué hacer ante estos; hemos tenido que aprenderlo a través de la experiencia.

Cuando se enferma, el sufrimiento es una apuesta segura; pero eso no significa que el enfermo no quiera vivir, sino también además desea existir y estar en contacto con el otro: no quedarse aislado en su mundo y su enfermedad, sino gestionar su identidad y las relaciones interpersonales.

El que se desencadene en el sufrimiento y al establecer un contacto cercano con la muerte, puede llevar a la reflexión, a valorar más la vida y al saber de la limitación humana: somos seres finitos y que no disponemos de todo el tiempo, sólo estamos de paso y por eso tenemos que aprovechar la vida.

3.7 La Muerte

Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado. La representación de la muerte y del más allá, tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en y de cada época y con las creencias ligadas a ella.

Las sociedades humanas desde siempre, han tenido que enfrentar el hecho de la muerte, la condición humana tiene sentido profundo de la vida. La búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante el hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.

La muerte es acompañada por el dolor de quienes sobrevive; a ellos les es arrancada una parte de su cotidianidad y de sus acciones, por lo que el duelo modifica temporalmente la conducta de los allegados.

Definir la muerte, resulta más difícil de lo que uno se imagina, ya que implica diversos ámbitos: biológico, médico, legal, social, religioso, etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja. La muerte es una realidad vivida por todos en algún momento de nuestra vida, siendo o no partícipes cercanos de ella.

“En lo biológico, médico y legal, es posible certificar la muerte, cuando se tiene la seguridad de que se ha producido la muerte cerebral, y por tanto, la pérdida irreversible de todas las funciones del cerebro” (Bouché, 2004:177.178). La muerte es un fenómeno natural que va más allá de todos los demás porque es experimentado como un vacío una ruptura de continuidad en el ser. “Existen tres rasgos inherentes a la muerte: temporalidad, finitud e irreversibilidad” (Castro, 2008:100).

“Significa la irreversibilidad del funcionamiento biológico integrado de la persona como una unidad, y el inicio del proceso de desintegración de los tejidos. Esto tiene lugar una vez que se ha dado la parada circulatoria cerebral” (Boixareu, 2008:287).

La muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser un hecho jurídico cuando a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones y responsabilidades para las personas.

En lo social, la muerte se vive como un tabú y es la cultura quien se encarga de moldear nuestras experiencias de pérdida y los rituales que se han de llevar a cabo alrededor de ella.

Las personas mueren de diferentes enfermedades, circunstancias y ámbitos culturales, con diferentes niveles de conciencia y con diferentes percepciones de lo que constituye para ellos la muerte. “La persona enferma piensa en la muerte como una posibilidad real y próxima” (Boixareu, 2008:319), pues sabe que es un hecho biológico que no puede considerar independiente.

La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte, se teje en el plano más íntimo a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos; y en base a ello, cada quien vuelve la vista para buscar su sentido a la muerte.

3.7.1 El Duelo

Durante la vida del ser humano existen diferentes pérdidas, que por lo general producen crisis, siendo similares en todos los humanos, aunque las vivenciamos de diferente manera. Sin embargo, hay pérdidas que son circunstanciales: como la muerte o la enfermedad, pues no elegimos, no decidimos, simplemente ocurren.

Las despedidas más tristes son, desde luego, las que damos a nuestros seres queridos.

“El duelo es algo más que un cúmulo de sentimientos, es el conocimiento y no sólo eso, es darme cuenta de que hemos perdido algo importante, valioso y significativo de nuestra vida” (Castro, 2008:74). Al ser humano le duele lo que ama y cuando pierde eso que ama, elabora su proceso doloroso y la manera para salir adelante es viviendo ese proceso.

“La función del duelo es restituir o sanar, por lo que no elaborarlo, puede conducir a la persona a duelos no sanos: llevándose a cabo todas las etapas del proceso, o patológicos: teniendo una duración larga y que manifieste o no el dolor” (Castro, 2008:84).

En nuestra sociedad todo está arreglado para evitar que nos enfrentemos a la realidad, pues los rituales que se viven ante la muerte, tienen como finalidad ayudar a los sobrevivientes a despedirse y a iniciar el duelo. Ante esto, se nos olvida el significado del duelo y por ende estamos en la obligación de enfrentarlo y vivirlo, sólo así podremos seguir una vida plena.

“Cuando ocurre la muerte de un ser amado, no hacemos la distinción entre la aceptación intelectual y emocional, por lo que el proceso del duelo consta de dos duelos: el racional, siendo más fácil de procesar, al saber que todos vamos a morir en algún momento de nuestra vida; emocional: que es más difícil de procesa, debido a que los sentimientos que se viven son desagradables y obligan a la persona a enfrentar su realidad” (Castro, 2008:87).

El duelo en sí, es difícil de comprender racionalmente, pues lo que predominan son los sentimientos; por lo que la única salida es aceptarlos y reconocerlos para poder tomar la experiencia como tal y aprender de él.

3.8 La Educación Emocional

Las emociones forman parte de la vida de las personas de manera decisiva, surgiendo la necesidad de tratarlas desde edades tempranas, siendo conscientes de las características particulares que poseen los niños.

Como personas integradas en la sociedad, es importante considerar la dimensión emocional de todo ser humano para comprender su evolución, su comportamiento ante los diferentes estímulos y situaciones a los que nos encontramos expuestos, las relaciones que establecemos a lo largo de la vida con el resto del mundo, etc.

Si se pretende contribuir de manera positiva en la vida de los niñ@s, con intención de lograr fomentar sus máximas potencialidades, es necesario conocer todos los aspectos que integran su desarrollo, siendo las emociones una dimensión que, a la vez de ser influenciada por la evolución de los niñ@s, los condiciona en na dirección determinada.

En la sociedad, las emociones y sentimientos tiene una gran presencia, pues son ellas las que condicionan la manera de actuar de las personas que en ella habitan.

“Una emoción es la alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa que va acompañada de una cierta conmoción somática” (Real Academia

Española: <http://lema.rae.es/drae/?val=emoci%C3%B3n>). Es un movimiento hacia afuera, un impulso que nace en el interior de la persona y brota al exterior; nos permiten establecer contacto con el mundo, relacionarnos con nosotros mismos y con el otro.

La inteligencia emocional, parte de las Inteligencias Múltiples ideadas por Howard Gardner (2001) se refiere a la inteligencia emocional como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos” (Gardner, 2001:430). Los sentimientos, afectos y emociones son, en general, comunes al género humano, pero la forma de expresarlos depende de la cultura.

Por lo que la educación emocional entonces consiste en: tomar conciencia de la presencia permanente de nuestras emociones en cada momento de la vida, reconocer y valorar su presencia y elaborar estrategias para ponerlas a favor de los proyectos que hemos de llevar a cabo y no permitir que se ven fracasados por los obstáculos que se lleguen a presentar.

La inteligencia emocional en muchos aspectos de la vida, contribuye en los niños a una disminución de ansiedad, estrés, indisciplina, comportamientos de riesgo, conflictos, etc. durante todo el proceso que debe seguir por su situación de enfermedad; junto con un aumento de la tolerancia a la frustración, resiliencia y del bienestar emocional.

Las emociones son determinantes en el proceso cognitivo, ya que nos llevan al aprendizaje, el cual es indispensable para la supervivencia en la sociedad del conocimiento; además de que influyen en las conductas de las personas y son determinante para nuestra salud física. Por lo que también la relación entre emoción y salud es cada vez más evidente, pues las emociones negativas contribuyen a disminuir las defensas del sistema inmunológico y por lo tanto predisponen a contraer infecciones, virus o recaídas en el proceso de tratamiento de la enfermedad; mientras que las emociones positivas, contribuyen a aumentar

las defensas y en consecuencia, previenen de efectos negativos y ayudan a salir de la mejor manera posible de la enfermedad.

“A pesar de que nuestra cultura nos ha mostrado la supremacía de la razón, no es posible oponernos a nuestros sentimientos únicamente con ella” (Castro, 2008:45). Las emociones están, y el hecho de que a veces contradigan la imagen de nosotros mismos que preferimos tener, no autoriza a ignorarlas.

Si reconocer y aceptar las emociones propias ya es tarea difícil, mucho más lo es aceptarlas y reconocerlas en los otros. Pero lo que va a favorecer ese proceso, será la empatía, lo que significa ponerse en el lugar del otro para poder comprender, porque actúa de tal o cual manera.

Es necesario un desarrollo social y cognitivo para que la expresión de las emociones, vaya acompañada de la habilidad para conceptualizarlas y explicarlas; pues conocerlas es un principio básico para la vida personal, ya que supone el conocerse a nosotros mismos.

“La Educación Emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con el objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el desarrollo humano, es decir, el desarrollo integral de la persona” (Bisquerra, 2000:243). Es una educación para la vida, un proceso educativo continuo y permanente.

Educar las emociones hacia la conciencia de ellas mismas, supone una contribución a que conozcamos nuestro estado de ánimo y lo podamos relacionar con la calidad de vida que queramos llevar, preparándonos para todo aquello que se no pueda presentar a lo largo y durante nuestra vida.

“La educación emocional, debe de capacitar a los alumnos para saber apreciar y sacar buen partido de las emociones propias y ajenas, respetándolas en todo momento, además de dotarles de un lenguaje para que puedan nombrarlas sabiendo cuál es su significado” (Adam, 2003; citado por García:14).

La educación emocional no debe reducirse únicamente al plano de la educación formal, sino que es importante trasladarla también al contexto familiar, donde los padres formen también parte del proceso, tanto para aplicar esa educación emocional sobre sí mismos durante la enfermedad de su hij@, como para ser conscientes de la importancia que tiene en el desarrollo de sus hij@s biopsicosocial y educativo y contribuir en ella.

3.8.1 Reeducar

Como método para una educación integral, que permita al niño el desarrollo y potencialización de habilidades, capacidades, destrezas, etc. Esto en dos sentidos:

1. La re-educación emocional

Tiene que ver con las emociones reprimidas, suele llevar asociada la depresión, que a su vez puede deprimir el funcionamiento de los sistemas inmunológicos. Con la actuación sobre el cuerpo emocional, pretendo re-educar las emociones de forma que se logre la desintoxicación emocional, reestructurando las relaciones afectivas, creando una actitud activa, logrando la autonomía (clase, ocio, trabajo) del niño en el tiempo en que permanezca hospitalizado y rentabilizando la enfermedad como una experiencia de crecimiento interior, de auto-conocimiento, mediante la aplicación, de técnicas artísticas y psicológicas, que permitan la expresión del potencial creativo del niño.

Es preciso mencionar que todo lo anterior, se llevó a cabo mediante la fomentación en los niños hospitalizados, de su creatividad; a través de una canalización del potencial artístico creativo, por medio de las técnicas de expresión y comunicación y las terapias derivadas, a las que hay que añadir de forma especial el arteterapia.

2. La re-educación corporal

Implica el actuar sobre el cuerpo doliente, más aun sabiendo que todas las emociones y todos los estados mentales se reflejan en el cuerpo, que el dolor tiene un componente emocional, que existe un mecanismo entre ansiedad-enfermedad-ansiedad y que los niños establecen conexión entre sus imágenes mentales y su cuerpo como algo natural.

3.8.2 La Orientación en apoyo al Duelo y a la Pérdida

El drama de padecer una enfermedad y más aún, una terminal, no sólo importa al enfermo, sino que desencadena en cada uno de los miembros del sistema familiar al que pertenecer, un cúmulo de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas que evidencian la necesidad que todos ellos tienen de recibir en este proceso la elaboración del duelo.

“Son las familias la primeras y las más afectadas por la enfermedad de uno de sus miembros, y de ellas depende en gran medida la evolución del enfermo” (Polaino-Lorente y Martínez, 1999; citado por Grau, 2001:99). Es por esto, que cuando una familia recibe la primera noticia sobre el diagnóstico, inicia un recorrido emocional similar al del paciente teniendo una alteración psicológica con periodos de crisis emocionales, al tener que enfrentarse no sólo a la enfermedad y probablemente la muerte, sino a múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el ritmo de vida que cada uno de sus integrantes, y rompe el equilibrio familiar.

Aunado a esto, la hospitalización se una como una circunstancia más que acompaña al problema de salud, que provoca e incorpora otro desafío a la capacidad de adaptación de la familia.

“Es importante que tanto el enfermo y su familia, sean ayudados, orientados y educados, en la medida de lo posible para reestablecer el equilibrio del sistema

familiar y lograr de este modo la autorrealización de la familia, tras una circunstancia de la enfermedad y la hospitalización” (Grau, 2001:100).

Si el proceso de la enfermedad es agudo y en corto espacio de tiempo, será más difícil la aceptación de la enfermedad por parte de la familia, aunque la carga familiar sea menor.

“La enfermedad afecta a la familia en distintas magnitudes, cambia sus planes y transforma su ritmo de vida; es fuente de inquietud y de dolor, de conflictos y de desequilibrios emocionales, y pone a prueba los valores sobre los que se asiente, constituyendo una experiencia dolorosa y dura” (Grau, 2001:100). Entonces, el papel de la familia es fundamental e insustituible, ya que el enfermo necesita de su cariño y cuidados para sentirse seguro; de su comprensión y paciencia para no verse como una carga o estorbo, y de su compañía y apoyo para afrontar y asumir la enfermedad y en ocasiones la muerte.

3.8.3 La Fe como una Educación para la Esperanza

Tanto la humanidad como la educación atraviesan una profunda crisis de orientación y de sentido, debemos comenzar nuestras reflexiones, con un ferviente llamado a la fe y la esperanza. Sobre todo en estos tiempos en que parecemos hundidos en una crisis interminable y sentimos que tanto el país como el mundo andan derrumbados, a la deriva. Vivimos en la total incertidumbre y desencanto, con una sensación de destierro, de orfandad, que nos ahoga. En casi todo el mundo, nos sentimos rotos, divididos, terriblemente polarizados.

El consumismo nos consume y todos terminamos comprando ya no lo que necesitamos, sino lo que el mercado necesita que compremos. Vivimos estresados, agitados, angustiados, corriendo cada vez más rápido, sin preguntarnos a dónde vamos. Corremos porque todo el mundo corre, para no perder la hora, para no perder el empleo, para no perder el capítulo de la novela, perdiendo así la vida, prácticamente sin fe y sin esperanzas.

“...La fe es la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve” (Hebreos, 11.1); es decir, es la creencia o la confianza en la verdad o la fiabilidad de una persona, idea o cosa. Es también el conjunto de creencias de alguna persona, de una comunidad o de una multitud de personas.

Las causas por las cuales las personas se convencen de la veracidad de una fe, dependerán de los enunciados filosóficos en los que las personas confían, y si a eso se la combina con evidencias del pasado y un soporte razonable por el cual se establece un resultado esperado, despierta en la persona un toque de anhelo que la inducirá a actuar para conseguir lo esperado.

3.8.3.1 Educar para la Esperanza

La educación para la esperanza es esencial en los tiempos en que vivimos, pues a nosotros como especialistas de la educación nos corresponde devolver la esperanza a nuestra sociedad y, de manera particular, a la educación, de manera que como país, logremos superar las heridas y frustraciones ocasionadas.

“La esperanza es un estado positivo y motivacional que se basa en la interacción derivada de la interacción entre 1: motivación (energía dirigida a las metas); y 2: la planificación (vías para alcanzar las metas)”. (Snyder, 2002; citado por Ponce, 2012:172).

Fromm (1968) dijo que “la esperanza es un elemento decisivo para cualquier intento de efectuar cambios sociales que lleven a una vivacidad, consciencia y razón mayores” (Fromm, 1968:7); es una forma de ser, un estado interno del sujeto que la posee y lo impulsa a actuar. Por lo que, tener esperanza se refiere a estar en cambio constante, atento al momento que todavía no alcanza sin desesperarse. La esperanza tiene como característica básica estar relacionada con los sentimientos y la conciencia de lo que no se puede tener.

La esperanza es una disposición de confianza ante los hechos futuros con un temple perseverante, es una virtud del individuo esperanzado que lucha por sobreponerse ante un evento específico. Asimismo, una persona con esperanza se caracteriza por su coraje, fortaleza, paciencia y paz. Esa persona mira hacia el futuro con una idea positiva y posibilidad de cambio.

Siendo así, la educación en este sentido, significa hacer un acto de fe, mantener las convicciones acerca del sentido de lo humano, de sus posibilidades, aun en el seno de sus contradicciones.

La educación no puede realizarse sino a través del diálogo que tiene una condición, una intensa fe en los hombres, no es una fe ingenua, sino una fe que no se da por vencida; y la esperanza es el anhelo que se tiene por ver resuelto y finalizado un trabajo.

Educar no es sino sembrar esperanza de generación a generación. Los tiempos en que vivimos, con sus grandes cambios, nos llevan a una inmensa necesidad de ampararnos en la esperanza, que encierra una gran paradoja que la comporta nuestra condición humana.

CAPÍTULO IV

LA PEDAGOGÍA SOCIAL Y LOS MODELOS SOCIOEDUCATIVO Y PSICOPEDAGÓGICO

4.1 La Pedagogía Social

En el mundo actual, caracterizado por la sobrecarga de información y desinformación, la multiculturalidad, la tecnificación (que también ha mostrado una vertiente negativa en cuanto se utiliza la tecnología de manera inadecuada) y, en general, caracterizado por los cambios vertiginosos, se hace latente la necesidad de la pedagogía social.

Para entender mejor cómo surge esta última, es conveniente recordar que la pedagogía inicialmente se concentraba en el ámbito de la familia y posteriormente, de manera más formal y sistemática, en la escuela.

Sin embargo, considerando que en la formación participan los medios de comunicación, centros de trabajo, la iglesia, entre otras agrupaciones sociales, se puede entender, que la educación abarca un espectro mucho más amplio que rebasa los límites de la escuela.

“La pedagogía social es la ciencia práctica-social y educativa no formal, que fundamenta, justifica y comprende la normatividad más adecuada para la prevención, ayuda y reinserción de quienes pueden padecer o padecen, a lo largo de toda su vida, deficiencias en la socialización o en la satisfacción de necesidades básicas amparadas por los derechos humanos” (Fermoso, 1994:21). Propone la inserción de la educación dentro de los diferentes contextos sociales; y para poder entender la pedagogía social hay que partir de la idea de que la sociedad es educadora.

Se considera una ciencia teórica porque estudia, describe, conceptúa sobre los hechos educativos dentro del ámbito social; al mismo tiempo, que es una ciencia práctica, porque dirige una intervención educativa, proporciona directrices que orientan la práctica y que responden a situaciones reales y concretas.

“Atiende a necesidades de la infancia, la juventud, de la edad adulta y de la tercera edad” (Fermoso, 1994:22), siendo numerosas las áreas en que se puede hacer presente la pedagogía social: educación para adultos, alfabetización, educación para desempleados, educación para minorías étnicas, formación en el mundo del trabajo; educación ambiental, para la salud, familiar, especial, artística, física, en la sexualidad, por mencionar otros.

Dentro de sus objetivos, se encuentran “... el propio de la pedagogía general: el ser educando del hombre, que es la realización práctica de una posibilidad previa, la educabilidad... la sociabilidad, socializandidad y la socialidad” (Fermoso, 1994:24).

“... es el estudio de la fundamentación, justificación y comprensión de la intervención pedagógica en los servicios sociales, mediante los cuales se cumple las funciones básicas de la pedagogía social: prevención, ayuda y reinserción...” (Fermoso, 1994:24). Intenta la modificación positiva de la sociedad, tocando las diferentes esferas: intelectual, afectiva y conductual, todas ellas dentro de un marco ético.

4.1.2 Orígenes

La pedagogía social nace para dar respuesta a una situación social cargada de conflictos sociales, fruto de la Revolución Industrial. Muchos han sido los cambios que posteriormente ha experimentado pero siempre ha ido ligada al concepto de bienestar social.

En la actualidad, la pedagogía social se encuentra con una tarea aún más complicada a la vivida en la época de su nacimiento. La creciente situación de paro fruto de la Revolución tecnológica, y lo que esto supone, exclusión, marginación, delincuencia... todo ello sumado a la escasez de valores, el consumismo, individualismo, la falta de referentes familiares, etc. dificultan las relaciones sociales y provocan mayores y nuevos conflictos.

En Europa se dio una serie de factores históricos, sociales y prácticos, que contribuyeron al nacimiento de la pedagogía social; por lo que “tuvo tres significaciones: ayuda educativa a la juventud, ayuda profesional a la juventud y ayuda cultural juventud” (Fermoso, 1994:16), en primeras instancias.

Sus orígenes se remontan a la pedagogía social alemana y que surgieron en el cristianismo, en Pestalozzi y en Froebel. Aunado a esto los cambios bruscos y producidos por la industrialización, a mitad del siglo XIX, propiciaron que se le diera a la pedagogía el calificativo de lo social, refiriéndose a “los movimientos alemanes en torno a la década de 1920, en los que la ayuda a la vida se produjo en medio de una situación histórica determinada, que vinculaba esta ayuda a los desvalidos, necesitados y abandonados” (Fermoso, 1994:17).

La pedagogía social puede dividirse en cuatro grandes etapas:

1. 1898-1919: Teniendo como representantes a P. Nartop, Otto Willimann y Aloys Fischer. Es en esta época cuando nace la pedagogía social frente al extremado individualismo. Natorp habla de socialismo pedagógico en el sentido de ser hombre a través de la comunidad y de usar la educación para mejorar esa vida en sociedad.
2. 1919-1933. Comprende la época de la República de Weimar, ya que se inicia con ella y termina con el principio del nacionalsocialismo de Hitler y coincide con la pedagogía de la reforma. Hermann Nohl se dedicó a trabajar por los jóvenes, generando espacios donde desarrollar la pedagogía social como disciplina y en donde la pedagogía social nace como respuesta a la exclusión y marginación social.
3. 1933-1949. Se utiliza a la pedagogía social para la propaganda política y esta etapa se corresponde con el nacionalsocialismo y se origina un retroceso en ella.
4. 1949... Las necesidades surgidas tras la II Guerra Mundial, impulsan iniciativas relacionadas con la Pedagogía Social, por lo que se incide en el

enfoque preventivo y en el conocimiento de los factores sociales para lograr la integración de las personas con problemas.

4.1.3 Referentes Teóricos

La pedagogía social está situada en un punto en el que confluyen lo educativo y lo social, y sólo desde esta perspectiva pueden entenderse sus antecedentes y a los principales exponentes, que configuran su ubicación en el campo científico-pedagógico.

Dentro de los principales exponentes de la pedagogía social, se encuentran los siguientes:

- **Adolf Diesterweg**

Siendo la figura más importante y representativa en los orígenes de la pedagogía social. Se le atribuye a paternidad de la expresión de la misma.

- **Karl Friedrich Magers**

Distingue entre concepto y de nominación de la pedagogía social.

- **P. Nartop**

Heredero del pensamiento de Fichte, consideró que el origen de las tensiones sociopolíticas fue el individualismo, que llevó a la pérdida de la grandeza. La comunidad fue su ideal y objetivo a conseguir, debido a que es una unidad vital entre los individuos y que la educación se lleva a cabo en medio de ella.

- **G. Iben**

La pedagogía social es autónoma y se encarga del trabajo pedagógico de ayuda en los procesos educativos insatisfactorios y en situaciones sociales de indigencia.

- **Hermann Nohl**

Ha sido el principal teórico en la segunda etapa de la pedagogía social, la pedagogía social en él es una pedagogía de la necesidad, destinataria a los obreros y a los jóvenes, mediante la cual Alemania había de revitalizarse. La pedagogía social cuida la formación del carácter, pues sintetiza la organización de una vida sana física y mental para el individuo y los pueblos.

- **Klaus Mollenhauer**

La pedagogía social es praxis educativa fuera de la escuela y de la familia, y al mismo tiempo es la ciencia-teoría de la praxis. Por lo que ha de buscar la integración en la comunidad ante los diversos conflictos en su desarrollo, y debe tener sus ámbitos y espacios propios.

4.2 El Modelo Socioeducativo

La educación a través de la historia ha pasado por diferentes etapas que le han permitido al hombre moldear su pensamiento, pues ha sido y es el filtro que ha formado al ser en todas sus dimensiones: desde lo axiológico, conceptual, cognitivo, y comunicativo.

Se educa para hacer hombres de pensamiento, de raciocinio, que sean críticos y autónomos. “La educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo” (Freire, 1978:7).

La educación supone una progresiva y continua configuración de la persona para ser y convivir con los demás, y se desarrolla a lo largo de la vida, no se da sólo en la escuela; y es durante este proceso de la educación a lo largo de la vida, en donde se inserta la intervención socioeducativa.

“Las intervenciones socioeducativas... se organizan de acuerdo a estructuras y procesos del ámbito micro-social” (Geissler, 1997:9), entendiéndose como la

dinamización o activación de las condiciones educativas de la cultura, de la vida social y sus individuos; así como de la prevención y compensación.

En la actualidad existe un sin fin de problemas de tipo cultural, religioso, ecológico, de educación, etc., que atañen a la sociedad y por ende se demandan proyectos de intervención socioeducativos para contribuir en la solución de estos.

La práctica socioeducativa se caracteriza por ser provisional, cambiante, dinámica, y con una clara tendencia a hacerse innecesaria ya que se dirige a la superación de deficiencias, problemas y dificultades propias del desarrollo social. Asimismo, viene determinada por el sujeto al que se dirige y por el modelo que se adopta a partir de evidencias empíricas sólidas.

La educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Las personas, como miembros de una sociedad aprenden las claves de su cultura, no sólo en la escuela sino en un cúmulo de espacios, procesos, instituciones, relaciones personales, recibiendo mensajes y propuestas, elaborando códigos, e interpretando normas sociales, las cuales abarcan no sólo los conocimientos como tales, sino creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos.

4.2.1 Antecedentes

En la actualidad se ha puesto un especial énfasis en la atención a los problemas y necesidades sociales y educativas, siendo tareas abordadas desde siempre.

“Al intentar describir la situación actual del trabajo pedagógico-social, se puede comprobar que las tendencias más sobresalientes son aquellas que han tenido esperanzas anteriormente elevadas de transformación social, pero que con el paso del tiempo han ido disminuyendo las pretensiones y cuantía de aspiraciones” (Geissler, 1997:17).

Como tal no existe un origen o comienzo de la educación social y del modelo de intervención, ya que viene de la mano con el surgimiento de la pedagogía social, y ésta la que se encarga de su estudio.

La educación social es considerada como una rama de la pedagogía en general, que se divide en distintas pedagogías, como lo es la social, y de ella emana la educación social y de ella, distintas áreas de intervención educativa. Pero se encuentra el dato de que “a comienzos de los años 70, las aspiraciones de cambio solían vincularse a posibilidades subjetivas y compromisos personales” (Geissler, 1997:18), por lo que se decide echar mano de la educación social, como alternativa para la mejora y/o transformación social de acuerdo a los intereses y/o necesidades de la población.

4.2.2 Modelos

“Un modelo es un paradigma de actuación en que objetivos, contenidos, métodos y procedimientos o estrategias, se encuentran relacionados e interconectados en un todo significativo... Son el resultado de circunstancias y de condiciones histórico-sociales, que influyen al mismo tiempo en los fenómenos que ocurren” (Geissler, 1997:21).

De acuerdo con Geissler (1997), dentro de este modelo se encuentran cinco tipos de modelos distintos que se mencionan a continuación; siendo el centro de ésta, el Modelo de Pedagogía de Grupos.

- **Psicoanalítico**

“Los conocimientos y experiencias psicoanalíticas, permitieron y sirvieron para la fundamentación de la actuación pedagógico-social y, así mismo, descubrieron nuevos ámbitos de actuación dentro del sistema educativo” (Geissler, 1997:38). Según Geissler (1997), el modelo psicoanalítico se basa principalmente entre la relación entre el terapeuta-cliente, por lo que el modelo se categoriza en tres

grandes grupos: Modelo Psicoanalítico clásico, de Orientación Psicoanalítico y Psicoanalítico de Caso.

- **De Orientación Centrada en el Cliente**

Creados por Rogers, tomando un carácter humanista-idealista y será la persona quien tiene el control y el poder de autodeterminarse. Este modelo se enfoca a su vez en dos modelos más: Modelo de Orientación No Directiva y la Psicoterapia científica a través del diálogo

- **De Orientación de la Teoría de la Comunicación**

Watzlawick es su exponente, y para él toda conducta o comportamiento siempre es comunicación y está influenciada por la sociedad; hace uso del modelo sistémico, ya que “los sistemas interpersonales son dos o más comunicantes que definen la naturaleza de su relación” (Watzlawick, 1969; citado por Geissler, 1997:116).

- **Dinámica de Grupos**

Tiene como representantes a Cartwright y Zander, quienes hacen un intento por darle significado a este modelo y lo pueden desglosar en tres aspectos: Como una forma ideológica política sobre la organización y el trato con grupos, como colección de técnicas para una modificación estratégica de relaciones interpersonales, y se emplea para designar un ámbito de investigación, de procesos que se originan dentro de un grupo de personas.

- **Pedagogía de Grupos**

“Se concretiza en la perspectiva pedagógica aplicándola en los procesos educativos en pequeños grupos; así como en las posibilidades y actuaciones educativas, que se abren en el aspecto de la intersubjetividad” (Geissler, 1997:167). La actuación pedagógica se lleva a cabo en y con grupos.

Es la comunidad quien crea un horizonte de experiencia, aprendizaje y educación; por ello, a partir de esto, se deben crear formas de interacción como miras al

compromiso, que permita al individuo, convertirse en un ciudadano activo y responsable dentro de su grupo. “Entre los sistemas sociales de la convivencia humana, el grupo representa un fenómeno fundamental de la existencia humana...han de ser considerados como parte de sistemas y categorías sociales” (Geissler, 1997:173).

Este modelo, se divide a su vez en dos vertientes:

1. Enseñanza de Grupo: que en un inicio tenía como espacio dentro de la escuela: el aula, pero actualmente es aplicada en todos los lugares en donde se lleve a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje, de manera institucional.
2. Trabajo Social de Grupos: el trabajo quedará determinado por la situación de necesidad en la que se encuentran los miembros del grupo, conlleva a la madurez individual y social de la persona, el grupo es el tema central con un guía responsable del trabajo.

Dentro de este modelo, según Ventosa (1999) se puede llevar a cabo la acción y/o intervención educativa en distintas áreas, resultando piezas fundamentales para la ella y se mencionan a continuación:

- **Educación compensatoria**, de la cual se habló en el capítulo I de la presente investigación, y que permite compensar las posibles carencias y necesidades, en primera instancia educativa y posteriormente de carácter social, de la población heterogénea a la que nos enfrentamos en condición de enfermedad.
- **Pedagogía hospitalaria**, de la cual se aborda a lo largo de toda la investigación, buscando una calidad educativa en los niñ@s hospitalizados; además trata de ir más allá de un problema de aprendizaje o un problema de salud, trata también de contemplar la repercusión personal y social.
- **Educación especializada**, interviniendo en áreas de inadaptación, marginación y exclusión educativa, con el fin de prevenir, corregir y

reinsertar a la sociedad; facilitando al niñ@ las estrategias adecuadas para su reincorporación a ella (Ventosa, 1999:49.53.54).

4.3 El Modelo Psicopedagógico

Cuando un niño presenta necesidades educativas, es porque se presenta algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización, lo que demanda una atención más específica y mayores recursos educativos de los necesarios para apoyo.

“La intervención es un proceso especializado de ayuda, en gran medida, coincide con la práctica de la orientación. Por tanto se propone complementar o suplementar la enseñanza habitual. El propósito puede ser correctivo, de prevención o desarrollo” (Bisquerra, 1998:17).

“El diagnóstico psicopedagógico es el proceso en que se analiza la situación del alumno con dificultades en el marco de la escuela y del aula, a fin de proporcionar a los maestros orientaciones e instrumentos que permitan modificar el conflicto manifestado” (Bassedas, 2000:49). Entonces la intervención psicopedagógica, es un proceso integrador e integral, pues supone la necesidad de identificar posibles acciones según los objetivos y contextos a los cuales se dirige.

Su acción está dirigida a una educación compensatoria, prevención de conductas inapropiadas, evaluación de acciones, por mencionar otros; y está vinculada con el análisis, planificación, desarrollo y modificación de procesos educativos. Se encarga de todos aquellos fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación lo más adecuada posible a métodos didácticos y pedagógicos.

La Psicopedagogía se interesa por ofrecer atención y apoyo a los alumnos atendiendo a la diversidad, siendo está un importante indicador para la mejora de la calidad de la enseñanza en nuestro país.

Lo que supone desarrollar experiencias educativas, teniendo en cuenta las condiciones de cada estudiante y sus contextos escolares, familiares y sociales; para que favorezcan mediante procesos de aprendizaje adaptados, el desarrollo de sus capacidades personales y sociales.

Dentro de las áreas en que actúa, se encuentran: atención a la diversidad (edad, grados y niveles educativos, lugar de procedencia, especialidades médicas, etc.), orientación académica (elabora y ejercita estrategias para la toma de decisiones) y acción tutorial (resolución de conflictos, necesidades educativas, habilidades sociales, seguimiento escolar, etc.).

Si la educación es un proceso de aprendizaje continuo que no acontece sólo en el marco escolar, se debe prestar atención a los otros marcos sociales donde también se produce aprendizaje. Por lo tanto, la intervención psicopedagógica debe proporcionar al individuo la información necesaria, para que pueda asumirse plenamente como persona, consciente de sus limitaciones y posibilidades.

4.3.1 Antecedentes

Los principales acontecimientos que marcaron los inicios de la psicopedagogía como disciplina científica, ocurrieron en países occidentales desarrollados, en particular en Estados Unidos y en algunos países europeos como Inglaterra, Francia y Suiza, a finales del siglo XX y principios del XXI.

En el siglo XIX dentro de la Pedagogía, comienza a surgir la denominada “Pedagogía Psicológica”, tomando sólo los conceptos psicológicos que sirvieran exclusivamente a los efectos educativos. Surgen entonces la Pedagogía Social, la Pedagogía Activa y la Pedagogía Naturalista.

En el siglo XX, en el campo de la pedagogía práctica se suscitó un afán de experimentación y de ensayos psicológicos. El auge de la experimentación se realiza dentro de las escuelas de Binet y Wallon en Francia, de Meumann y Lay en Alemania, y de Thorndike y James en los Estados Unidos.

Ellos fueron los primeros estudiosos, que dieron origen a laboratorios establecidos en los grandes centros educativos, “gabinetes psicopedagógicos” cuya misión sería la elaboración y aplicación de pruebas y estudios.

La palabra “psicopedagogía” surge adquiriendo su relieve connotativo alrededor de 1930, sobretodo en autores de lengua francesa y, posteriormente, en italianos. En 1935 resulta claramente definida en el ensayo de R. Buyse acerca de la pedagogía experimental, designándola como el estudio del alumno en sus diversas capacidades y posibilidades.

En 1957 se define en el diccionario como una pedagogía basada en la psicología del niño.

4.3.2 Referentes Teóricos

Dentro del modelo psicopedagógico, son relevantes sus aportaciones en los campos de la pedagogía, educación especial, diseño curricular, diseño de programas educativos, política educativa, por mencionar otros. Y lo más importante, es de gran ayuda para niños en su proceso de enseñanza y aprendizaje.

Por lo que la psicopedagogía se desarrolla no tan solo en el contexto educativo, sino incluye ámbitos familiares, empresariales, centros de educación de adultos, centros de formación y capacitación, centros recreativos, asociaciones laborales y comunitarias.

Dentro de los principales exponentes de la pedagogía social, se encuentran los siguientes:

- **Jean Piaget. Teoría Psicogenética**

Para este autor, el pensamiento se despliega desde una base genética sólo mediante estímulos socioculturales y se configura por la información que el sujeto

va recibiendo, información que el sujeto aprende siempre de un modo activo por más inconsciente y pasivo que parezca el procesamiento de la información.

- **David Ausbel. Teoría del Aprendizaje Significativo**

Para que el alumno pueda realizar aprendizajes significativos, es necesario que el contenido que se le quiere enseñar sea potencialmente significativo y que el alumno tenga una actitud favorable para aprender.

- **Jerome Bruner. Andamiaje**

Es la estructura de apoyo que los maestros y los padres rutinariamente dan a los niños durante el proceso de aprendizaje. Esta teoría afirma que el aprendizaje se lleva a cabo activamente ayudando a los niños a construir nuevas ideas sobre su conocimiento actual y anterior.

- **Lev Vygostki.**

El aprendizaje puede facilitarse, pero cada persona reconstruye su propia experiencia interna, con lo cual puede decirse que la inteligencia no puede medirse, ya que es única en cada persona, en su propia reconstrucción interna y subjetiva de la realidad.

4.3.3 Modelos

Bisquerra y Álvarez (1996), clasifican al modelo psicopedagógico en seis tipos distintos y son los siguientes:

1. **Modelo de consejería:** Está centrado en la atención individualizada, siendo el proceso de intervención que facilita una comprensión significativa del yo y del medio ambiente, y da como resultado el establecimiento y/o esclarecimiento de las metas y los valores con miras al futuro. Tiene como objetivo primordial satisfacer las necesidades de carácter personal, educativo y socio-profesional del individuo.

2. Modelo de programas: Propone anticiparse a los problemas, y cuya finalidad es la prevención de los mismos y el desarrollo integral de la persona. Mediante éste, es posible asumir los principios de prevención y desarrollo social y proporcionar un carácter educativo y social a la orientación.

3. Modelo de consulta: Es un proceso de intercambio de información e ideas entre el consultor y otra persona o grupo de personas, para que surja el consenso sobre las decisiones a tomar en cada una de las fases del plan de acción en aras a alcanzar ciertos objetivos.

La intervención socioeducativa tiene como función el resolver los problemas de la sociedad, posibilitando alternativas y aportando recursos en aquellos aspectos en los que el sujeto tenga necesidad; planea, programa e implementa una intervención acorde de las necesidades sociales que se presenten.

Mientras que la Intervención psicopedagógica tiene que ver con las necesidades psicológicas como educativas de uno o más alumnos, se circunscribe al ámbito escolar y está vinculada con los procesos educativos de diferentes acciones ya sea de prevenir, corregir o apoyar el aprendizaje.

Como aspecto común estos dos tipos de intervenciones, es que conllevan un impacto social por medio de programas educativos de carácter motivacional, metodológico y de evaluación; con el objetivo de que las personas o agrupaciones con los que intervienen alcancen los objetivos propuestos de los programas planeados.

La educación tradicionalmente se ha centrado en el desarrollo del intelecto, con un marcado olvido de lo emocional. Sin embargo, en todos los tiempos siempre se ha planteado la necesidad de la educación integral, en tanto que deben desarrollarse todas las dimensiones del individuo. Ello implica que el desarrollo cognitivo debe complementarse con el desarrollo emocional.

Las emociones y sentimientos nos remiten a componentes básicos del comportamiento humano, siendo a través de ellos que conformamos nuestra identidad y nos vinculamos al y con el mundo, convirtiéndose así en una dimensión esencial en el desarrollo humano. Son relevantes así para la educación, en la medida en que son susceptibles al aprendizaje.

La educación es un proceso caracterizado por la relación interpersonal, la cual está impregnada de factores emocionales y ello exige que se preste una atención especial a ellas por las múltiples influencias que tienen en el proceso educativo.

Y es aquí donde la pedagogía social junto con los modelos socioeducativo y psicopedagógico aportan el análisis, sistematización e intervención sobre los procesos afectivo-emocionales involucrados en los procesos educativos escolares y no formales, ofreciendo a su vez pautas y principios de acción que permitan la toma de decisiones y una educación y/o reeducación emocional.

Cabe mencionar además, que este capítulo es parte fundamental para la propuesta de intervención con niñ@s enfermos y padres de familia, de la cual se habla en el capítulo VI, ya que funge como marco teórico de la misma.

CAPÍTULO V

LA PRÁCTICA HOSPITALARIA

Dentro del marco de un mundo global, los grandes problemas que se viven hoy, considero que son la defensa de la identidad, los movimientos migratorios y económicos, la deserción escolar, por mencionar otros. Pero el de mayor interés a mi punto de vista, es el relacionado con la salud, las emociones y las repercusiones que en ellas hay en los niños en edad escolar.

El planeta cada día se ve estremecido por grupos xenofóbicos y grandes masas humanas que viajan hacia otros países en busca de comida y abrigo, dejando atrás hambre y con ella sangrientas guerras.

Debido a esto, lo que ha dejado la globalización es una sociedad multicultural en busca de convertirse en intercultural, pues en la concepción global del mundo se ha promovido desde un punto de vista económico y social del individualismo, la competencia desleal y etnocentrismo, lo que ha ocasionado que la asimilación cultural sea la transmisión unidireccional en conformidad con los modelos de una sociedad dominante.

La dificultad se presenta, ya que no existe un proceso de integración entre dos o más culturas, donde lo que se necesita para lograr un proceso de integración, se creen las condiciones comunicativas y transformadoras de ambas culturas, a través de una educación intercultural expuesta a las diferencias y condicionadas por diferentes modos de pensamiento y orientación: educando para la vida.

Por la razón anterior, intento conocer y analizar las distintas condiciones que permitirán u obstaculizarán la puesta en práctica de un Proyecto de Desarrollo Educativo (PDE). Por lo que el saber pedagógico sobre los contenidos, es una manera práctica de conocer lo que se desea conocer; pues se aprende ante todo observando, conversando y trabajando con el otro.

5.1 Metodología

La Pedagogía Social como teoría o disciplina científica es muy moderna, surgió a fines del siglo XIX con la obra de Paul Natorp. En el desarrollo histórico de la Pedagogía social cabe establecer así una estrecha separación entre los precursores o antecesores en la Pedagogía Clásica, desde Platón hasta Pestalozzi, y sus fundadores o creadores teóricos en la Pedagogía Moderna, desde Natorp hasta nuestros días.

La pedagogía social es la ciencia práctica social y educativa (no formal), que fundamenta, justifica y comprende la normatividad más adecuada para la prevención, ayuda y reinserción de quienes pueden padecer o padecen, a lo largo de toda su vida, deficiencias en la socialización o en la satisfacción de necesidades básicas.

El objetivo de la Pedagogía Social es intervenir para coadyuvar en la educación del hombre en los valores sociales y por ende es meramente social; por lo que el pedagogo social o educador, tendrá como vocación el ser intervencionista tanto en lo escolar y social. El primero posee la característica de ser un lugar físico concreto y el segundo son lugares no físicos y tiene la capacidad de atender problemas sociales y resolverlos a través de estrategias educativas.

El diagnóstico para la intervención se basó en tratar de favorecer la continuidad del proceso educativo, entendido éste como un derecho social que mejora la calidad de vida del niño enfermo, intentando ayudarlo a superar, de la forma más satisfactoria y menos traumática posible, su periodo de hospitalización.

Esta atención pedagógica al niño hospitalizado, se ve en la actualidad como una necesidad, cuya respuesta es dependiente de la duración y/o reiteración de las hospitalizaciones.

La aportación de experiencias de juegos, se constituyen como la esencia de los programas de calidad de la vida infantil, bien en actividades grupales y/o en sesiones individuales, teniéndose en cuenta la proporción de ingresos por edades.

Para hospitalizaciones más prolongadas se elaboran programaciones centradas en ámbitos de actuación: escolar, lúdico, orientación personal y familiar.

Debido a lo anterior, como modalidad de investigación, se recurrió a la Investigación-Acción, siendo un proceso que intenta problematizar la práctica, para una mejora o transformación de la enseñanza, implicando tanto a los sujetos afectados y/o interesados como al contexto en el que se desenvuelven.

Para lograr una buena intervención en el ámbito socioeducativo se tomaron en cuenta los campos de acción como el contexto y el nivel el que se va a trabajar con la intervención, porque esto va a permitir tener un panorama más amplio del problema y así poder sugerir una propuesta que contribuya a lograr un cambio o transformación en la sociedad.

Puesto que el presente trabajo contempla la parte de una Intervención, incluye una evaluación diagnóstica, un diseño de investigación, la aplicación de un programa de intervención y por último una evaluación final del mismo; que más adelante, expondré de manera teórica.

Las técnicas clásicas empleadas en esta investigación, fueron:

1. Cuantitativas o Distributivas: se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas; lo que hace darle una connotación que va más allá de un mero listado de datos organizado, y también trata de determinar la relación entre variables, así como la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra. Las técnicas a cuantitativas empleadas fueron: para los niños: Escala Análoga Visual y Escala de Dibujos Faciales (Véase anexos I y II), y para los padres: Escala de Dibujos Faciales y Test para padres de Niños Sanos y Enfermos (Véase anexos II y III). En el análisis cuantitativo, se procederá a describir las puntuaciones obtenidas en cada variable, a través de distribuciones de frecuencias presentándose por medio de tablas y gráficas (Véase páginas 120 a la 126).

2. Cualitativas o Estructurales: que tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No tratándose de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. El análisis cualitativo de los datos, se obtendrá mediante la observación y la y Entrevista a Padres para la Evaluación Diagnóstica de Niños y Adolescentes (véase anexo IV) se basará en el análisis independiente de los resultados obtenidos con cada técnica y la comparación de esos resultados; la información se sistematizará en matrices. (Véase páginas 127 y 128).

3. Y una tercera técnica, denominada Dialéctica (Girón, 2014) o Método Mixto según Buendía (1998), que incluye al sujeto y a la investigación misma como parte de una transformación social, haciendo uso de técnicas específicas propias (test, entrevistas, cuestionarios, diarios de campo, por mencionar otros), así como de las técnicas cuantitativas-cualitativas y las instituciones.

La investigación fue determinada por la averiguación de datos o por la búsqueda de soluciones a problemáticas o necesidades que se encontraron en el fenómeno en particular. Consiste en un proceso sistemático (se obtiene información a partir de un plan preestablecido que, una vez asimilada y examinada, modificará o añadirá conocimientos a los ya existentes), organizado (es necesario especificar los detalles vinculados al estudio) y objetivo (sus conclusiones no se amparan en un parecer subjetivo, sino en episodios que previamente han sido observados y evaluados).

En este apartado, se presenta el diagnóstico como una investigación en donde se describen y explican ciertos problemas de la realidad para intentar su posterior solución, en donde su organización y sistematización son fundamentales.

Es importante mencionar, que el diagnóstico constituye la primera etapa del ciclo del trabajo de la organización, y es éste mismo, quien forma la base para las otras etapas del ciclo.

Para desarrollar la intervención, se consideraron las siguientes fases:

1. Identificar el problema que se va a diagnosticar: parte de una situación o problemática que necesita ser cambiada, y son las experiencias y quizás los sentimientos que expresa la población, quienes constituyen la materia prima para el diagnóstico.

Para esto, resulta fundamental conocer el contexto en el que surge el problema y las opiniones o las formas en las que lo ven los involucrados. Es aquí de donde nacen las preguntas clave de nuestra investigación y las técnicas y/o herramientas a utilizar para la recogida de información.

2. Recoger la información recabada: constituye la parte central del diagnóstico, y es en función de este paso, que los siguientes se podrán trabajar. De aquí se distinguen dos tipos de fuentes:

- a. Primarias: es la realidad concreta y las personas que en ella se desenvuelven. Se obtienen a través de la observación directa, entrevista, pláticas, diarios de campo, etc.; revelan los problemas actuales y vivos de la población.
- b. Secundarias; es la información documental contenida en libros, investigaciones, tesis, etc. Intentas describir o explicar la realidad, y proporcionan explicaciones útiles y que probablemente pueden orientar sobre posible soluciones.

3. Procesar la información recabada: es la reflexión sobre la información, para otorgarle orden y sentido, llevando a cabo los siguientes pasos:

- a. Clasificar
- b. Cuantificar
- c. Relacionar

d. Problematizar

4. Socializar los resultados del diagnóstico: se presentan los resultados del diagnóstico y la propuesta que se llevará a cabo, para solucionar la problemática que se encontró en la población elegida.

5.2 Contexto Institucional

5.2.1 Ubicación

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Pediatría

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, C.P. 06720, México D.F

Teléfono: 56276900 ext. 21175

5.2.2 Infraestructura del Inmueble

El Centro Médico Nacional (C.M.N.) Siglo XXI, es uno de los más complejos integrales de salud más importantes de México y representa una gran tranquilidad para las familias del país, por su compromiso humanista.

El Centro Médico Nacional (C.M.N.) Siglo XXI cuenta con cinco unidades:

1. Hospital de Pediatría
2. Hospital de Oncología
3. Hospital de Cardiología
4. Hospital de Especialidades

Fue inaugurado en 1963, poseyendo tecnología de punta que le permite ser reconocido en América Latina. En 1952, fue construida la primer obra hospitalaria del IMSS, el Centro Médico Nacional La Raza, el cual fue creado debido a que las

clínicas y unidades médicas eran insuficientes para atender a los derechohabientes.

En la década de los 70's y acorde con el desarrollo de diversas regiones del país y el crecimiento poblacional, se fueron creando modernos centros médicos que se sumaron a los ya existentes en la capital del país.

Con lo anterior, concluyó con un notorio avance en la descentralización de la atención de alta especialidad para los derechohabientes.

5.2.3 Historia

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría forma parte del conjunto de hospitales del Centro Médico Nacional Siglo XXI. La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría ubicada en el Centro Médico Nacional Siglo XXI se fundó el 15 de marzo de 1963 con 12 especialidades.

Los sismos de septiembre de 1985, dañaron su estructura, pero acrecentaron el espíritu de grupo de sus integrantes, lo que motivó un cambio sustancial en los procesos de asistencia, docencia e investigación para la solución de los problemas prioritarios de salud de la población infantil.

El nuevo Hospital inaugurado el 27 de abril de 1992, con una etapa previa de transición de reinicio de labores en el Hospital Anexo del CMN de 1989 a 1991, a diferencia del anterior, se estructuró con la filosofía de la Alta Especialidad correspondiente al tercer nivel de atención.

5.2.4 Misión

Entregar nuestro mejor esfuerzo para lograr la mejora en las condiciones de salud de nuestros pacientes; manteniendo siempre un trabajo de calidad, en equipo, con compañerismo y respeto a las normas de la Institución; y de esta forma, satisfacer las expectativas de todos.

5.2.5 Visión

Ser en el país, la Unidad Médica de Alta Especialidad líder en atención pediátrica enfocada al paciente y su entorno, con autosuficiencia y resolutive en todos los aspectos que competen a la asistencia, educación e investigación; capaz de administrar su presupuesto a través de gestiones transparentes y mantenerse como órgano consultivo en Pediatría, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Academia de Pediatría y el Gobierno Federal.

5.2.6 Servicios

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, es un hospital de tercer nivel donde están las especialidades para atender a pacientes menores de 17 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. HOSPITALIZACIÓN (Planta Baja)

La sala de quimioterapia para los pacientes externos se encuentra en la planta baja, ahí también se hospitalizan transitoriamente a los que se les practica algún estudio o procedimiento sin necesidad de anestesia. La sala de altas se encuentra en la planta baja del hospital, junto a admisión hospitalaria. Las salas de neurofisiología clínica se encuentran en la planta baja; la entrada es por consulta externa.

Las salas de medicina nuclear se encuentran en la planta baja junto a neurofisiología clínica; la entrada es por consulta externa. Para los pacientes de consulta externa en la planta baja se encuentra al fondo La Escuela del Programa Sigamos Aprendiendo en Hospital (atiende a niños que se encuentran en edad escolar: 3 a 17 años), así como una ludoteca (atiende a niños de 2 a 12 años de edad).

2. HOPITALIZACIÓN (Primer Piso)

Los quirófanos se encuentran en el primer piso, atrás del servicio de informes. El servicio de informes se encuentra en el primer piso en la entrada principal, se llega por la plaza de acceso, desde la entrada del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

La sala de terapia intensiva se encuentra en el primer piso, a la derecha de la entrada principal. El personal de orientación se encuentra en el primer piso junto a informes; ahí también está el buzón para poner sugerencias y quejas, las que se atienden el mismo día.

3. CONSULTA EXTERNA (Primer Piso)

El servicio de pacientes foráneos se encuentra en el primer piso junto al archivo clínico en la entrada principal de consulta externa. El archivo clínico se encuentra en la entrada principal de consulta externa, en el primer piso.

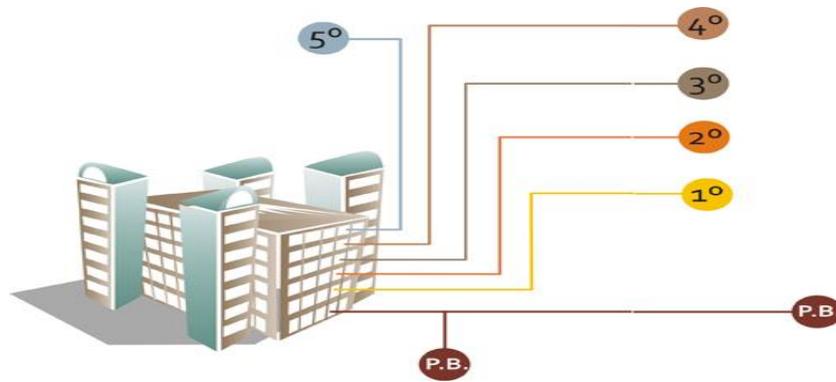
Las salas de imagenología y rayos X se encuentran en el primer piso; para sacar su cita debe entrar por la consulta externa. Para su comodidad, en el primer piso, afuera de la consulta externa hay una cafetería que le ofrece alimentos nutritivos.

4. DIRECCIÓN (Segundo Piso)

La Dirección se encuentra en el segundo piso y el laboratorio para análisis clínicos se encuentra en el segundo piso.

5. HOSPITALIZACIÓN (Tercer y Quinto Pisos)

Hay una capilla en el tercer piso, junto a los elevadores. Para los pacientes hospitalizados en el tercer y quinto piso está La Escuela del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital y la ludoteca.



El edificio del Hospital de Pediatría tiene seis pisos, y en tres de ellos se hospitalizan los pacientes de acuerdo a su edad.

- 5° Mayores de 8 años: Sala de Escolares y Adolescentes. De igual manera aquí están los pacientes que necesiten Diálisis ó Trasplantes.
- 4° Menores de tres años en las Salas de Lactantes. Menos de Un mes de edad, en la Sala de Neonatología.
- 3° Mayores de 3 años y menores de 8 años en las Salas de Preescolares.
- 2° Área Administrativa y de Gobierno, Áreas de Laboratorio y Gabinete.
- 1° Quirófanos. La hospitalización temporal de los pacientes delicados es en la Unidad de Terapia Intensiva a la derecha de la entrada principal del Hospital. A la sala de Recuperación de este piso pasan transitoriamente los pacientes que salieron del Quirófano.
- Planta Baja: En Admisión Continua se hospitalizan temporalmente los pacientes enviados de los hospitales generales de zona que corresponden a la Región Siglo XXI y que llegan en ambulancia. Aquí los pacientes se valoran y se estabilizan antes de pasar a una cama. También se atiende a los pacientes que necesitan quimioterapia o algún estudio sin anestesia.

Los pacientes que fueron operados pueden ser enviados a la sala de altas de cirugía ambulatoria, que se encuentra en admisión hospitalaria, o a su cama en el piso de acuerdo a su edad. En la planta baja se hospitalizan en forma temporal para Cirugía Ambulatoria o para estudios con anestesia en Admisión Hospitalaria. También aquí llegan todos los que se van a hospitalizar en alguno de los pisos, mientras se les asigna su cama.

Los pacientes referidos pueden ingresar al hospital a través de admisión hospitalaria, admisión continua o la consulta externa. Al ingreso, los niños son hospitalizados de acuerdo a su edad biológica en cualquiera de las siguientes áreas: Recién Nacido, Lactante, Preescolar, Escolar y Adolescente.

Esto permite que a su ingreso, cada niño reciba atención por diferentes médicos especialistas en forma simultánea, en la que se incluye personal de la Salud Mental, Trabajo Social, Asistentes Médicas, Dietología, especialistas en Medicina de Rehabilitación así como por el médico tratante y el pediatra internista, que es el encargado de coordinar las actividades de la atención integral de los niños. El proceso de Hospitalización incluye visita conjunta diaria, supervisión y discusión de casos, revisión de expedientes, correlación clínico-patológica, vigilancia de infecciones intrahospitalarias y discusiones de morbimortalidad, entre otras.

Por ser un hospital de especialidades no hay servicio de urgencias; estas se atienden en los hospitales generales de zona. Aquí hay un servicio de admisión continua, donde se reciben los pacientes enviados de los hospitales que necesitan valoración de esta unidad o paciente ya conocidos en el hospital que requieren una atención urgente por el padecimiento por el que fueron aceptados en la UMAE.

5.2.7 Atención

Pacientes que son enviados de los hospitales de la región Siglo XXI, que comprende la Delegación Sur del D.F. y los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos y Querétaro. Esta UMAE da apoyo a otras UMAES del país.

El hospital está conformado por:

- 183 médicos
- 162 médicos residentes
- 687 enfermeras
- 70 trabajadoras sociales y asistentes médicas
- 69 en dietología
- 250 en conservación y servicios básicos
- 132 administrativos
- 40 de otros servicios
- Total: 1,529 personas al servicio

Los niños son referidos a este hospital por los médicos pediatras que los atendieron en los hospitales generales de zona. Con ellos, se mantiene una comunicación continua, para informarles acerca de los pacientes que llegan y para que al darse de alta conozcan lo que aquí se les estudió y el tratamiento que se les indicó, o incluso para que ellos continúen con la atención propuesta en el Centro Médico. Los pacientes pueden recibir atención como externos en la Consulta Externa.

Los pacientes referidos, pueden ingresar al hospital a través de admisión hospitalaria, admisión continua o la consulta externa. Al ingreso, los niños son hospitalizados de acuerdo a su edad biológica en cualquiera de las siguientes áreas: Recién Nacido, Lactante, Preescolar, Escolar y Adolescente. Esto permite que a su ingreso, cada niño reciba atención por diferentes médicos especialistas en forma simultánea, en la que se incluye personal de la Salud Mental, Trabajo Social, Asistentes Médicas, Dietología, especialistas en Medicina de

Rehabilitación; así como por el médico tratante y el pediatra internista, que es el encargado de coordinar las actividades de la atención integral de los niños.

El proceso de Hospitalización incluye visita conjunta diaria, supervisión y discusión de casos, revisión de expedientes, correlación clínico-patológica, vigilancia de infecciones intrahospitalarias y discusiones de morbimortalidad, entre otras.

Por ser un hospital de especialidades no hay servicio de urgencias; estas se atienden en los hospitales generales de zona. Existe un servicio de admisión continua, donde se reciben los pacientes enviados de los hospitales que necesitan valoración de esta unidad o pacientes ya conocidos en el hospital, que requieren una atención urgente por el padecimiento por el que fueron aceptados en la UMAE.

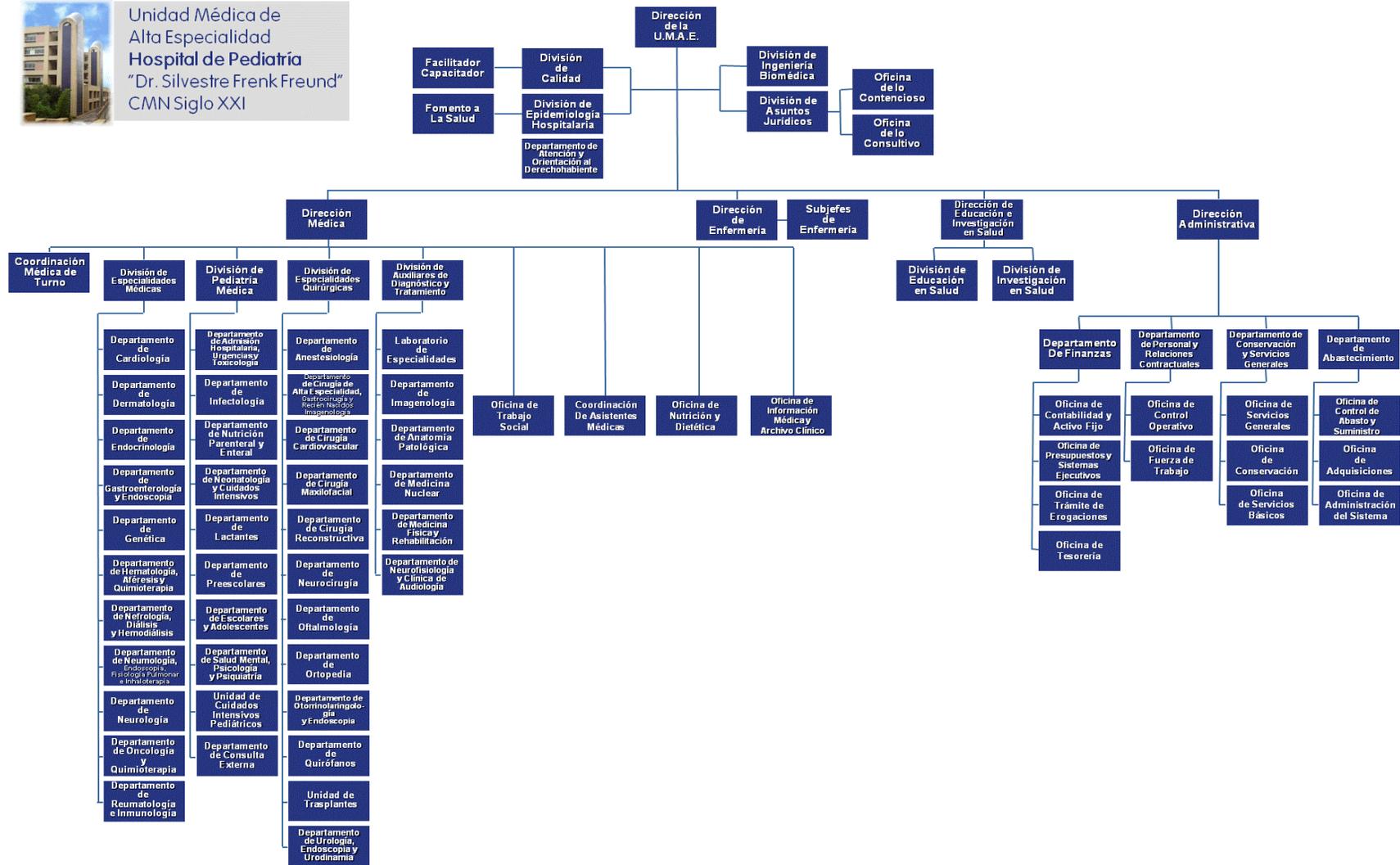
Cuando el paciente se interna en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el equipo de salud que se encarga de su tratamiento está formado por:

- El médico tratante.
- Un médico pediatra especialista en la edad del paciente.
- Los médicos especialistas que se necesiten.
- Un terapeuta de salud mental.
- Un terapeuta de medicina física y rehabilitación.
- Una trabajadora social.
- Una asistente medica del piso donde se internó.
- Un grupo de enfermeras de día y de noche.
- Médicos residentes.
- Personal de servicios básicos.
- Personal de nutrición y dietética

5.2.8 Organigrama



Unidad Médica de
Alta Especialidad
Hospital de Pediatría
"Dr. Silvestre Frenk Freund"
CMN Siglo XXI



5.2.9 Organización

Para que toda institución tenga un buen funcionamiento y pueda cumplir con cada una de sus labores, es necesario que exista una organización que permita el establecimiento de roles, relaciones, autoridades, responsabilidades, por mencionar otros; con el objetivo de operar con la eficiencia y eficacia requeridas para alcanzar los objetivos y metas planteadas desde la creación de la institución.

Para realizar un proceso de organización su estructura debe ser de un carácter tal que muestre los cargos, sus relaciones, mecanismos de coordinación y control de los miembros de la organización. Además deben figurar los niveles de autoridad y de responsabilidad.

Es por tal motivo, que a continuación presento la organización dentro de la U.M.A.E. del Hospital de Pediatría:

5.2.9.1 Dirección de Educación e Investigación en Salud

Se encuentra en la planta baja del bloque de enseñanza, y su titular es la Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola, el servicio está conformado por las siguientes áreas:

- División de Educación
- División de Investigación
- Subjefatura de Educación e Investigación en Salud de Enfermería y Cursos Técnicos
- Centro de Documentación en Salud

La Misión del servicio es planear, supervisar y evaluar los programas de formación de personal para la atención de la salud en la edad pediátrica, promoviendo en el alumno el dominio del conocimiento, los métodos y técnicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud en el niño, en

escenarios reales, bajo un ambiente que lo estimule a un pensamiento reflexivo, humanista, ético, y auto crítico.

Entre las actividades que se realizan, están:

- Para el Centro de Documentación anualmente, se actualiza el acervo tanto de libros mayores y menores, como de publicaciones periódicas.
- En la División de Educación en la parte de educación continua, se encarga de la programación anual de las sesiones generales, la programación anual de los cursos y la supervisión de su desarrollo, así como los trámites administrativos de los cursos de los que es sede.
- En Educación Formativa, se supervisa el desarrollo de los cursos de pregrado y de especialización y así como la realización de trámites administrativos ante la Institución y la UNAM, tanto de alumnos como de profesores. Para los cursos de especialización se organizan desde el curso introductorio hasta la ceremonia de clausura. Se coordinan las acciones del Subcomité de Educación, implementando las líneas académico-docentes con el profesorado involucrado en las actividades antes descritas.
- En la División de Investigación se es responsable del proceso administrativo referente al Comité Local de Investigación y Ética en Salud. Las actividades de dicho Subcomité incluyen: la recepción de los protocolos de investigación de áreas básicas y clínicas mediante el sistema electrónico, la designación y envío a revisores oficiales, la revisión de todos los protocolos en sesión programada del Subcomité, la emisión del dictamen del veredicto final, y el seguimiento semestral del avance de cada uno de los protocolos autorizados por el comité hasta su conclusión.
- Existe una participación en los siguientes subcomités: Calidad, Control Interno y Capacitación.

5.2.9.2 Divisiones Médicas

▪ DIVISIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Esta División se encuentra en el primer piso del bloque de hospitalización y la Jefe de Servicio es la Dra. Patricia Rosas Fernández se ubica en el primer piso del bloque de Hospitalización y consta de seis servicios auxiliares de diagnóstico: Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, Neurofisiología, Medicina Nuclear y Medicina Física y Rehabilitación.

Es el único hospital para niños en toda la república y en Latinoamérica que cuenta con un cuarto especialmente blindado para tratamiento con radioisótopos, así como la experiencia en el Servicio de Medicina Nuclear para proporcionar dichos tratamientos a los niños que presentan Cáncer de Tiroides y Neuroblastoma.

▪ DIVISIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

La División de Especialidades Médicas cuya titular es la Dra. Leticia Mendoza Guevara se encuentra en el cuarto piso del bloque de hospitalización y a ella pertenecen los siguientes servicios: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Genética Humana, Hematología, Inmuno-Reumatología, Nefrología, Neumología, Neurología y Oncología; cuyo principal valor lo constituye su personal médico y paramédico dignos representantes de las Especialidades Médicas Pediátricas tanto en forma interna como externa, permitiendo la proyección de nuestro hospital como un órgano rector y consultor de la patología que afecta a los niños.

En el marco del manejo multidisciplinario del paciente pediátrico, encaminado a brindar la atención integral de los niños, la participación de los diversos especialistas cobra un relevante papel.

1. Cardiología: Reconocido por su habilidad diagnóstica en cardiopatías complejas. Realizan cateterismos diagnósticos y terapéuticos evitando la cirugía abierta.
 - a. Dermatología: Atiende la patología dermatológica propia del tercer nivel de atención. Coordina la clínica de Escleroatrofias y participa con las clínicas interdisciplinarias de Hemangiomas y Malformaciones vasculares cutáneas.
 - b. Endocrinología: Se ha formado la clínica de diabetes, la cual brinda un manejo multidisciplinario integral de estos pacientes.
 - c. Gastroenterología: Se brinda importante atención especializada para patología de tubo digestivo, hígado, vías biliares y páncreas. Se realiza endoscopia diagnóstica y terapéuticas.

2. Genética Humana: Atiende y otorga asesoramiento a pacientes con malformaciones congénitas y de enfermedad hereditaria. Participa con la Unidad de Investigación Médica en Genética Humana en la realización de protocolos de investigación.
 - a. Hematología: Atiende pacientes con diagnóstico de hemofilia, leucemias y trombosis.
 - b. Nefrología: Brinda atención a los pacientes con nefropatías agudas y crónicas, participando en el programa de trasplante renal.
 - c. Diálisis Peritoneal Continua ambulatoria y el de hemodiálisis
 - d. Neurología: Este servicio se ha convertido en un Centro de especialización para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia de difícil control, incluyendo nuevas modalidades terapéuticas médico quirúrgicas.
 - e. Neumología: Asistencia a pacientes con patologías respiratorias de difícil diagnóstico o manejo.
 - f. Oncología: Se ha logrado que todos los pacientes se estudien y manejen en forma protocolizada. Se continúan investigando nuevos

esquemas quimioterapéuticos y se buscan nuevas estrategias para minimizar los efectos indeseables o tóxicos de estos medicamentos.

- g. Reumatología: Otorga un manejo integral y de vanguardia a los pacientes con enfermedades reumáticas de inicio en la infancia y adolescencia tales como el Lupus eritematoso sistémico, y artritis reumatoide.

- DIVISIÓN DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

La División de Cirugía integra y coordina a los servicios que tienen como objetivo el tratamiento quirúrgico de los derechohabientes. Su titular es el Dr. Guillermo Quintana Roldán y se encuentra en el primer piso del bloque de hospitalización.

Está integrada por diez servicios que son: anestesiología, cirugía de alta especialidad, cirugía cardiovascular, maxilofacial, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, quirófano y trasplante. Estos servicios ofrecen atención en catorce especialidades quirúrgicas ya que el servicio de alta especialidad proporciona atención en cirugía del recién nacido, cirugía de tumores, cirugía reconstructiva, gastrocirugía y urología.

Los servicios que integran esta División ofrecen en su conjunto atención quirúrgica de alta especialidad:

1. Neurocirugía
2. Ortopedia: Este servicio atiende patología exclusivamente de tercer nivel, es decir, enfermedades de alta complejidad como: padecimientos congénitos, traumáticos, infecciosos, tumores óseos, metabólicos, neurológicos, degenerativos, displasias óseas, osteocondritis y necrosis vasculares.

- DIVISIÓN DE PEDIATRÍA

En esta división me encuentro laborando en el aula de tercer piso, así como en las camas sección C: que va de la cama 321 a la 340, y en la D: a partir de la cama 341 a la 360.

La División de Pediatría Médica cuya titular es la Dra. Rocío Cárdenas Navarrete se encuentra en el quinto piso del bloque de hospitalización, y a ella pertenecen los siguientes servicios: Admisión Continua (Urgencias y Toxicología), Neonatología, Lactantes, Preescolares, Escolares y Adolescentes, Infectología, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Nutrición Parenteral y Enteral y Salud Mental.

La organización y planes de trabajo de todos los servicios de la División de Pediatría Médica están alineados a la misión y visión del Hospital, orientados a la satisfacción de los pacientes y de los prestadores de servicio.

1. Escolares y Adolescentes: La especialidad de pediatría apoya a las segundas especialidades pediátricas y tiene además pacientes exclusivamente a cargo de pediatría.
2. Nutrición Parenteral y Enteral Especializada: Este servicio otorga nutrición parenteral y enteral en pacientes con patología gastrointestinal que contraindique el uso de la nutrición enteral. Suple deficiencias o mantiene el estado nutricional del paciente, a fin de contribuir a su salud y bienestar, para ello se requiere la participación de un equipo multidisciplinario.
3. Salud Mental: El servicio de Salud Mental está integrado por psiquiatras y psicólogos, quienes trabajan en conjunto con el objeto de diagnosticar y tratar los padecimientos psiquiátricos, otorgando apoyo para la adaptación de los pacientes a sus enfermedades.
4. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: Se tienen a pacientes de diversas situaciones con rangos que van desde el postoperado de corazón, hasta el trasplante de hígado pasando por patologías como las parálisis

flácidas, los procesos infecciosos graves, los pacientes hemato-oncológicos, entre otros.

La División de Pediatría en el plano asistencial presta atención de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa. En la atención de Urgencias se proporciona atención a pacientes referidos de segundo nivel y a pacientes que se presentan espontáneamente a solicitar atención médica. En Hospitalización los pacientes son atendidos en salas y servicios distribuidos por grupos etarios para favorecer la atención médica multidisciplinaria e interdisciplinaria; además dos áreas de cuidados intensivos, para neonatos y pacientes mayores a 28 días y menores a 18 años.

En consulta externa la orientación es a la atención en clínicas especializadas, hasta el momento se tienen organizadas la Clínica para pacientes con VIH/SIDA, Clínica de errores innatos del metabolismo, Clínica de obesidad y dislipidemias, Clínica de Ginecología Pediátrica y Clínica de Urolitiasis.

5.2.9.3 División de Epidemiología Hospitalaria

La División de Epidemiología Hospitalaria se encuentra en la planta baja del bloque de consulta externa y su titular es la Dra. Irma Zamudio Lugo. A esta división pertenecen los siguientes servicios:

1. Jefatura de Epidemiología Hospitalaria Jefe del Servicio Dra. Claudia Josefina Gómez González
2. Promoción a la Salud Jefe del Servicio Dra. Lucía Basilio Cruz, Medicina Preventiva, Jefe del Servicio E.E.S.P. Roberta Rodríguez Sing.

La Salud Pública en el ámbito hospitalario ha venido a ocupar un lugar fundamental en la toma de decisiones para la mejora de la calidad en la atención, el peso de las infecciones nosocomiales ha repercutido en los indicadores de impacto en este contexto, por lo que la vigilancia precisa y oportuna es de gran

valor para la aplicación de intervenciones específicas que contengan las infecciones agregadas que, ya de por sí a las condiciones de los pacientes que se atienden en este hospital, son mayormente susceptibles de contraer.

La División de Epidemiología Hospitalaria nace en el 2004 y sus funciones están agrupadas en 3 puntos fundamentales:

1. Epidemiología Hospitalaria: la cual atiende la vigilancia, control y prevención de las Infecciones Nosocomiales mediante, entre otras la vigilancia activa.
2. Medicina Preventiva: Sin olvidar el fin común de la Salud pública, y sobre todo con el enfoque de atención integral y erradicación de oportunidades perdidas.
3. Promoción a la Salud: La cual ampara al 100% de los trabajadores de este hospital mediante las acciones de PREVENIMSS, mediante exámenes médicos anuales, gestorías, atención a eventos agudos, capacitación y refuerzo de información enfocada a la función laboral diaria con el objetivo de prevenir accidentes laborales, infecciones nosocomiales y riesgos a la salud en general.

Finalmente, este servicio trabaja en forma conjunta con todos los servicios médicos y no médicos en la lucha por generar un ambiente laboral armónico fomentando el deporte, grupos de ayuda y que incluye participación con promotoras sociales en el apoyo a la capacitación a los familiares de los pacientes y los pacientes mismos.

5.3 Características de la Población

Para efectos de ésta investigación, se analizaron al azar, diez casos de niñ@s hospitalizados y cinco de padres de familia; debido a que por cuestiones

personales, no toda la población de niñ@s y padres estuvieron dispuestos a que se les realizaran los test.

La muestra en esta investigación, será:

- 10 Niños enfermos
- 5 Padres de Niños Enfermos

5.3.1 Los Niños

La llegada de la enfermedad constituye un hecho diferencial, algo que corta la libertad del niño, debido a que se le pone un cerco por el que se le imponen ciertas limitaciones y restricciones; situándolo en un plan de indefensión, dejando y quedando los proyectos personales mermados, frustrados y limitados.

Son niños con edades de entre 2 a 7 u 8 años, en algunas ocasiones menores de 2 años. Por lo regular con problemas de cáncer, hipospadia (doble conducto urinario), enfermedades de vías respiratorias y gastrointestinales generalmente, pero hay de muchas especialidades médicas.

Los niños entienden la enfermedad de modo diferente al adulto (en casi todos los casos), debido a que poseen una gran imaginación y a menudo suelen dar falsas interpretaciones a las palabras que escuchan, por lo que es importante solicitar una adecuada información con los padres de familia o el personal del hospital, sobre el diagnóstico y limitaciones del padecimiento del niño.

El impacto de la enfermedad, trastoca varios aspectos en el niño: psicológico, físico, ocupacional y social; provocando en él depresión, ansiedad, estrés, alteraciones conductuales, dificultades de concentración, miedo, por mencionar otras.

El niño se vuelve más dependiente, primero de sus padres y luego de sus hermanos, ya que la enfermedad reduce el grado de independencia. Suelen alejarse de las normas.

5.3.2 Los Familiares

La familia, se encuentra en una situación particular, entre dos espacios de temporalidad: el tiempo evolutivo propio de la familia y el que marca la enfermedad.

Existen reacciones que se presentan en los familiares y que deben destacarse, con el fin de mejorar la comunicación y vinculación con los diversos actores en el proceso educativo. La angustia, la depresión, agresividad y la culpa, tienden a aflorar en cualquier momento, y el educador tiene que estar alerta a tales reacciones con el fin de comprender la causa y evitar cualquier conflicto.

Como rasgos que figuran en la depresión, están las alteraciones del sueño, el apetito, pérdida de actividades sociales, profesionales, personales, etc. Suele acompañarse de rigidez afectiva, abandono del rol de padre/madre, rechazo o sobreprotección al niño, entre otros.

La agresividad se manifiesta en relación al niño, al cónyuge, a otros familiares o inclusive al equipo interdisciplinario en el hospital y viva el proceso de la enfermedad del niño como un castigo.

Otro elemento que se hace presente en las familias, es de culpabilidad como sentimiento nato, especialmente difícil, sobretodo en casos de accidentes provocados por negligencia o diagnósticos de enfermedad genética. Un trastorno que también se surge en la familia es el psicosomatismo, generando protección exagerada al niño, rigidez afectiva y/o pobreza en la resolución de conflictos.

5.3.3 Los Profesionales

Siendo que todos los niños tienen derecho a desarrollarse en condiciones de educación de calidad e inclusiva, seguridad y buena salud, es importante ofrecer información y atención acorde a las necesidades del niño y de la enfermedad, por lo que entra en acción un gran equipo interdisciplinario, formado por:

5.3.3.1 Médicos

Se preocupan especialmente por mantener la salud de sus pacientes y también de recuperarla en aquellos casos que se ve afectada o complicada. Para cumplir con ello el médico estudia cada caso en particular y normalmente se acompaña de: la examinación del paciente en cuestión y también indica estudios específicos de acuerdo a la dolencia que se manifiesta.

Como cualidades de los médicos de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, se encuentran el trato digno con el niño y sus compañeros, buena atención tanto con los niños como con sus padres como con el personal sanitario que labora dentro del hospital; tienen una formación continua para conseguir el mejor desarrollo e innovación de la medicina y con el adiestramiento de estudiantes de medicina o de sus colegas.

5.3.3.2 Enfermeras

Personal que está al tanto de todo el proceso de tratamiento del niño, durante su estancia en el hospital.

Dan seguimiento de la evolución del niño, toman signos vitales, por mencionar otras cosas.

No hay duda, que los enfermeros son de gran utilidad para el servicio de salud general, ya que se convierte son una de las personas que entran en contacto más directo con el paciente; debido a sus observaciones y permanente cuidado del mismo le permite dar un informe completo y exhaustivo al médico tratante.

Los enfermeros por lo general se encargan de cuestiones relacionadas con el confort del paciente pero también con sus datos y análisis más directos como por ejemplo presión en sangre, nivel de azúcar, pulsaciones, y una evolución general de la persona desde la última vez que la vio el médico.

5.3.3.3 Educadores / Docentes / Pedagogos Hospitalarios

Este conjunto de profesionales es caracterizado, por los niños como las únicas personas que son buenas, que no provocan daño ni hacen llorar, al contrario del doctor o de la enfermera.

Integran la figura que realiza la intervención educativa y acciones inherentes a la atención educativa, que debe de ser dirigida a dar continuidad a los estudios de la población. Sus funciones son:

1. Apego a los programas y planes de estudio vigentes de educación básica, para organizar el trabajo dirigido a grupos multigrado.
2. Conocimiento de los padecimientos de los alumnos en condición hospitalaria, para planear y adaptar las estrategias didácticas.
3. Intervención educativa a través de cuatro modalidades:
 - a. Tutoría Formal: modalidad de atención enfocada a compensar a la inscripción, reinscripción, acreditación y certificación de los alumnos en condición hospitalaria que no se encuentran matriculados en alguna escuela de educación básica, debido al ausentismo generado por su frecuente estancia en el hospital.
 - b. Corresponsabilidad con la Escuela: modalidad enfocada a compensar las deficiencias curriculares de los alumnos en condición hospitalaria, que se encuentran inscritos y que asisten sólo de manera eventual a alguna escuela de educación básica, por sus frecuentes visitas al hospital; estableciendo corresponsabilidad con el docente titular de la escuela de origen, y así apoyar el desarrollo del alumno través de guías que le permitan la continuidad.
 - c. Vinculación con la Escuela: modalidad de atención enfocada a apoyar el desarrollo curricular de los alumnos, a través de la vinculación con el docente titular de alumnos que se encuentran matriculados en una escuela de educación básica, pero que no

asisten con regularidad, debido a su constante concurrencia al hospital,

- d. Apoyo Externo: modalidad enfocada a trabajar temas de manera puntual con los alumnos de asistencia eventual al hospital, que se encuentran inscritos en alguna escuela de educación básica.
4. Consideración del banco de sugerencias didácticas, como un recurso para elaborar la planeación multigrado.
5. Promoción de alternativas de respuesta y reflexión, con el alumno en condición hospitalaria, sobre los conceptos básicos de los contenidos a abordar.
6. Registro de los datos personales, escolares y hospitalarias del alumno en el formato de Detección de Necesidades Escolares de Alumnos en Condición Hospitalaria de Nuevo Ingreso, con la colaboración del enlace de aulas en el hospital.
7. Seguimiento puntual y sistemático de avances de cada alumno para evaluar la planeación, los procedimientos y las acciones del proceso de aprendizaje, a través del Sistema de Administración de Información y Seguimiento (SAIS).
8. Evaluación de los aprendizajes de los alumnos en condición hospitalaria.
9. Propiciar ambientes favorables de aprendizaje en las aulas hospitalarias y que consideren los diversos estilos de aprendizaje de los alumnos en condición hospitalaria.
10. Relaciones interpersonales positivas con el equipo multidisciplinario de salud.
11. Orientación y apoyo necesario al padre de familia o tutor del alumno en condición hospitalaria, para regularizar cualquier problemática que se presente.
12. Respeto a los periodos de aislamiento del alumno en condición hospitalaria.
13. Evitar la intervención educativa en el caso de encontrarse enfermo.
14. Cumplimiento con las normas y reglamento, establecidos en las instituciones del sector salud y/o asistencia privada.

15. Cuidado del mobiliario, material didáctico, libros y equipo del aula hospitalaria en uso.

5.3.3.4 Psicólogos

Se dedican al estudio del entendimiento y la conciencia de las personas y el modo en que estos influyen en su carácter y su comportamiento, además ayuda a establecer una categoría diagnóstica para clasificar al paciente como perteneciente a una categoría específica de problemas, mediante una serie de contactos directos con el individuo, básicamente la orientación psicológica y la psicoterapia, que tienen como fin ofrecerle una ayuda para cambiar sus actitudes y su conducta.

Tienen como funciones: hacer un diagnóstico clínico, brindar orientación y consejo tanto al niño enfermo como a sus familiares, ofrecer y brindar tratamiento de problemas psicológicos (terapias y psicoterapias), reeducar los problemas de aprendizaje en colaboración con los educadores, por mencionar otros.

5.3.4 Equipo Directivo

- LICENCIADA ALEJANDRA GONZÁLEZ NORIEGA

Responsable del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital dentro de la institución, es enlace entre la SEP- IMSS y presta su servicio en la Delegación 3 Sur del IMSS.

- LICENCIADA ALEJANDRA CÁRDENAS MONROY

Es la Jefa de Trabajo Social dentro de la institución, siendo la responsable de las prestadoras de servicio social y/o prácticas profesionales en el desempeño que tienen en el programa asignado en la Delegación 3 Sur.

- LICENCIADA YOLANDA TEPALTATE

Es trabajadora social por parte de un Centro de Seguridad Social, es la encargada del Programa de Sigamos Aprendiendo en el Hospital dentro de la institución, siendo nuestra coordinadora y responsable a la vez de las prestadoras de servicio social y/o prácticas profesionales.

5.4 Instrumentos

“Medir es el proceso de asignar números a las propiedades específicas de acontecimientos, procesos, objetos o personas” (Melzack, 1983; citado por Serrano, 2002:94).

El dolor y la fiebre, son dos síntomas que acompañan a múltiples enfermedades infantiles y, por consiguiente, motivo frecuente de consulta, pero esos dos síntomas han sido medidos de forma muy diferente en la práctica diaria; entre otras cosas, porque se cuenta con termómetros para medir la temperatura con total fiabilidad, pero a día de hoy no se dispone “dolorímetros”, para poder medir el dolor con similar exactitud a la medición de la temperatura y, consecuentemente las dudas sobre su existencia y sobre todo sobre su intensidad, son más tenidas en cuenta.

Por ello, es necesario que se provea de los medios posibles para intentar evaluar el dolor en el niño. Aunque no se tengan esos “dolorímetros”, para avanzar y ser útiles en todo lo referente al dolor en el niño, se debe procurar, algún tipo de instrumento de medición que sea fiable y válido, que sirva para comprender los mecanismos implicados en el dolor, conocer la serie de factores que puedan tener influencia y, sobre todo, para intentar cuantificar el dolor y una vez diagnosticado y sometido a tratamiento intentar cuantificar el efecto de ese tratamiento.

La búsqueda de métodos que permitan medir el dolor que sienten los niños, es un objetivo fundamental en la práctica hospitalaria. La medición ideal del dolor debe ser sensible, libre de sesgos, válida, simple, exacta, fiable y barata.

- **Escala Análoga Visual de Ansiedad**

Se trata de una escala gráfica de 10 centímetros de longitud con los extremos marcados como “*muy tranquilo*” (0 cm) y “*muy nervioso*” (10 cm) o con dos caras con expresiones faciales opuestas unidas por una línea sin referencias numéricas. Al niño se le pide que señale el punto que mejor representa la ansiedad que siente.

Esta escala es una modificación de la técnica descrita por Clarke y Spear (1964) con adultos. Es frecuente en el ámbito hospitalario por la sencillez y rapidez de la evaluación.



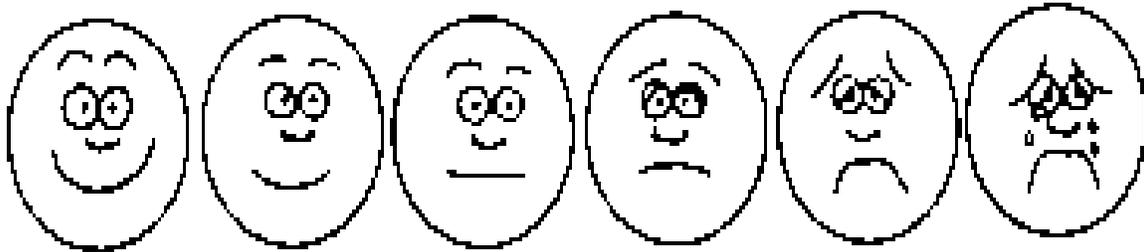
Escala análoga visual de la ansiedad. Tomada de Abu-Saad, H. (1984:337)

- **Escala de Dibujos Faciales**

Estos autoinformes constan de un cierto número de caras (normalmente de 5 a 10), con distintas expresiones de malestar graduadas de forma ascendente. Para su uso se pide al paciente que imagine que las caras corresponden a un niño que padece su misma enfermedad.

Posteriormente se le indica que valore su miedo o ansiedad indicando la cara que mejor representa lo que siente en ese momento. La parte posterior es una regla graduada que permite convertir la señal del niño en datos numéricos.

La “escala de caras” (*the faces scale*) ha sido desarrollada en un hospital australiano (*The Prince of Wales Children’s Hospital*) a partir de los dibujos de los pacientes infantiles hospitalizados.



- **Test de estrés para Padres de Niños Sanos y Enfermos**

Se trata de un cuestionario de 30 preguntas, empleado por Fukunishi y Honda en 1994, mediante el cual se pretende determinar el estado psicológico de los padres de niños con enfermedad, comparándolos con el de los padres cuyos hijos están sanos.

El instrumento es una escala Likert, cada pregunta se puntúa del 1 al 4, de forma que la puntuación menor se corresponde con el peor estado psicológico. Dentro del cuestionario, se identifican cuatro apartados:

- a. Ansiedad o preocupación de los padres acerca de la educación de sus hijos.
- b. Ansiedad de los padres.
- c. Falta de tiempo personal de los padres.
- d. Dependencia de terceras personas.

Debe contestar cada una de las frases con un número, según la puntuación siguiente:

1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca

- **Entrevista a Padres para la Evaluación Diagnóstica de Niños y Adolescentes**

Uriel, Fabiana; Scheinsohn, María; Becerra, Luciana; D'Anna, Ana

La entrevista a padres para la evaluación diagnóstica de niños y adolescentes es un instrumento de orientación diseñado con el propósito de ser utilizado en procesos de evaluación psicológica infanto-juvenil.

Esta técnica se propone explorar distintos aspectos del crecimiento y desarrollo, los jóvenes que consultan en el ámbito clínico. La versión aquí presentada, está dirigida a padres o tutores y está constituida por cuatro apartados: Datos socio-demográficos del consultante, Anamnesis del desarrollo, Consideración de aspectos adaptativos e Indicadores de sintomatología asociada a trastornos psicopatológicos e indicadores de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Sin embargo, no se plantea solamente la consideración de aspectos patológicos, sino también de conductas adaptativas, de modo de examinar cuáles se encuentran afectadas por la patología, con qué recursos cuenta el sujeto para afrontar la problemática que lo aqueja y que áreas se hallan libres de conflicto.

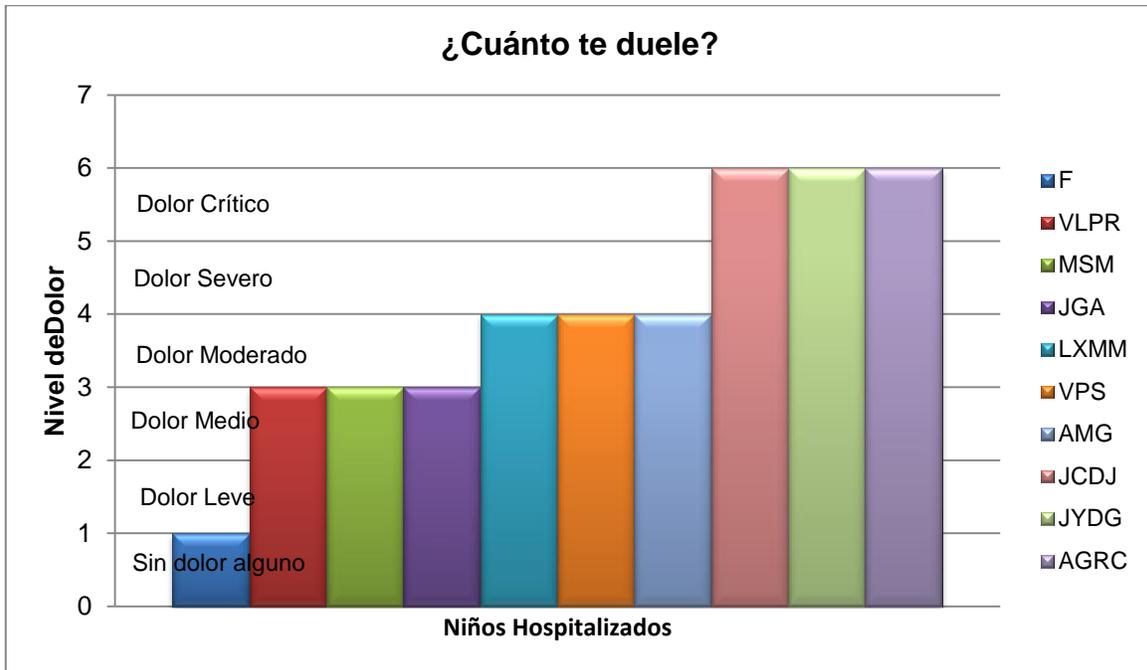
Conocer esta realidad, nos permite abordar la consulta desde una perspectiva más amplia e integradora, no focalizada exclusivamente en aspectos patológicos.

5.4.1 Resultados

Una vez aplicados los cuestionarios, fue posible el análisis y cuantificación de cada uno de los instrumentos, obteniéndose a través de las categorías que fueron más adecuadas para el trabajo.

Cabe mencionar, que en cada una de las gráficas de barras, se encuentran las siglas en mayúsculas que corresponden al nombre (s) y apellidos tanto de los niño@s como de los padres a los que se les aplicaron los instrumentos.

Para saber y conocer cuánto le duele al niño, se utilizó la Escala de Dibujos Faciales que consta de un cierto número de caras (6), con distintas expresiones de malestar ascendente, equivalente a 1: sin dolor alguno, 2: dolor leve, 3: dolor medio, 4: dolor moderado, 5: dolor severo y 6: dolor crítico. Haciendo la recopilación de los datos y tabulándolos, se tiene la siguiente gráfica:



De acuerdo con esto, se hace notar que de 10 niñ@s a los que se les aplicó el test, 9 de ellos tienden a sufrir niveles agudos de dolor, a partir del nivel 3 correspondiente al dolor medio, pasando por el 4: dolor moderado y terminando en el nivel 6: dolor crítico.

En la siguiente gráfica, se observa que el 10% de la población se sitúa en un nivel 1 sin malestar o dolor alguno; mientras que un 90% se encuentra enmarcando en los niveles 3: medio, 4: moderado y 6: crítico, específicamente correspondientes cada uno al 30%.

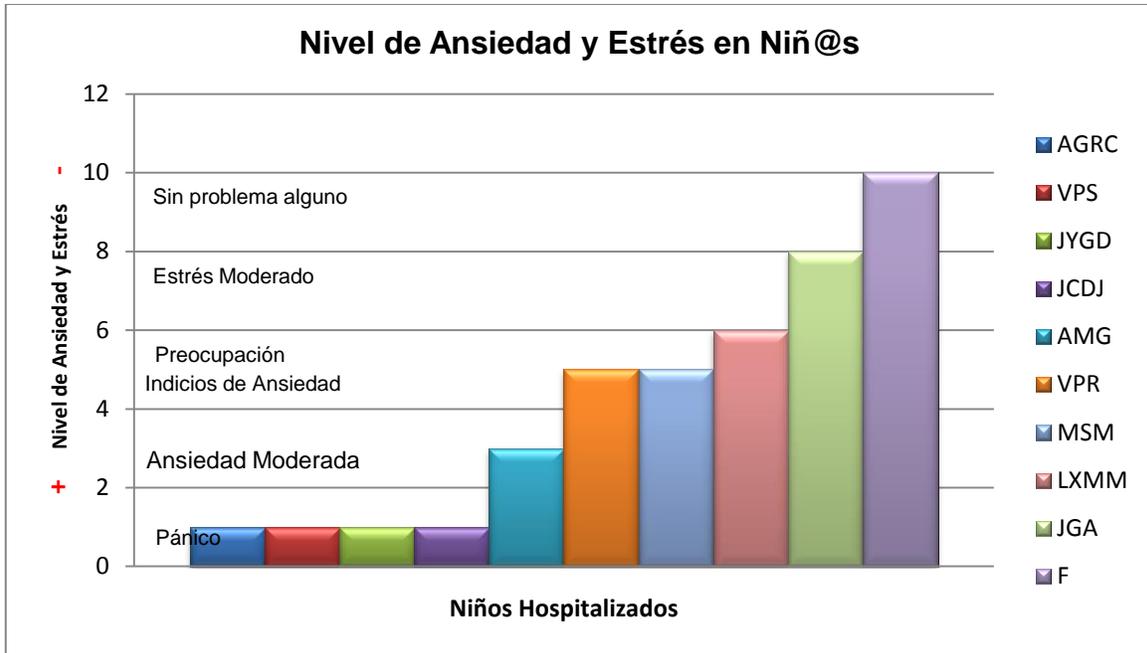


Desde el momento diagnóstico y durante todo el proceso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés y ansiedad.

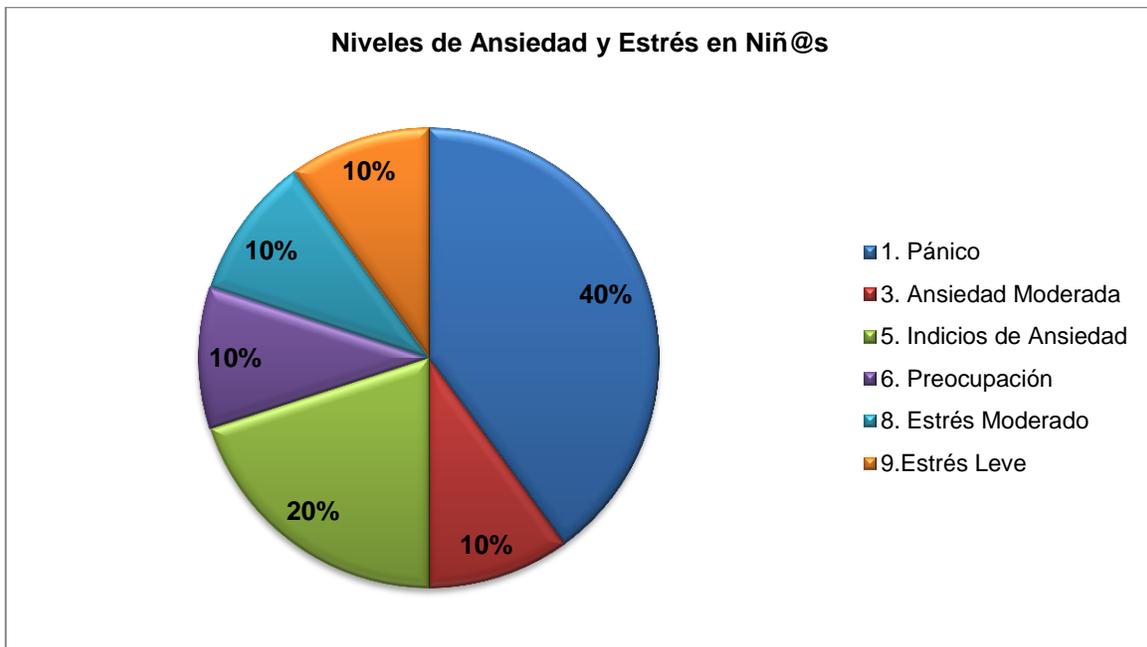
Las implicaciones psicosociales que acompañan a la enfermedad, son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante la enfermedad.

Y por lo anterior, se toma en cuenta la siguiente gráfica que muestra las respuestas otorgadas por los niños, en cuanto a la valoración que otorgan de acuerdo al nivel de ansiedad y estrés, si se acerca más a la unidad, el nivel será crítico y si se sitúa a partir del número 6 en adelante, disminuirá este.

Todo esto, provocado por el proceso que conlleva su enfermedad: tratamiento, hospitalización, cirugía (s), canalización, estudios de laboratorio, etc.



De la población con que se trabajó, el 40% se encuentra dentro de un nivel uno, equivalente a un nivel de pánico, seguido de un 10% en nivel 3 que corresponde a una ansiedad moderada. El 20% está en un nivel 5 encontrándose los indicios de una ansiedad, y posteriormente un 30% (dividido en tres partes iguales) situado en un nivel de preocupación, estrés moderado y medio. Esto se muestra a continuación:



Vivir con o acompañar a alguien, en este caso a sus hijos, en la enfermedad ya sea de larga o corta duración, plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo, no es algo que se consiga de la noche a la mañana y la calidad de vida del niñ@, está íntimamente relacionada con el apoyo familiar que reciba.

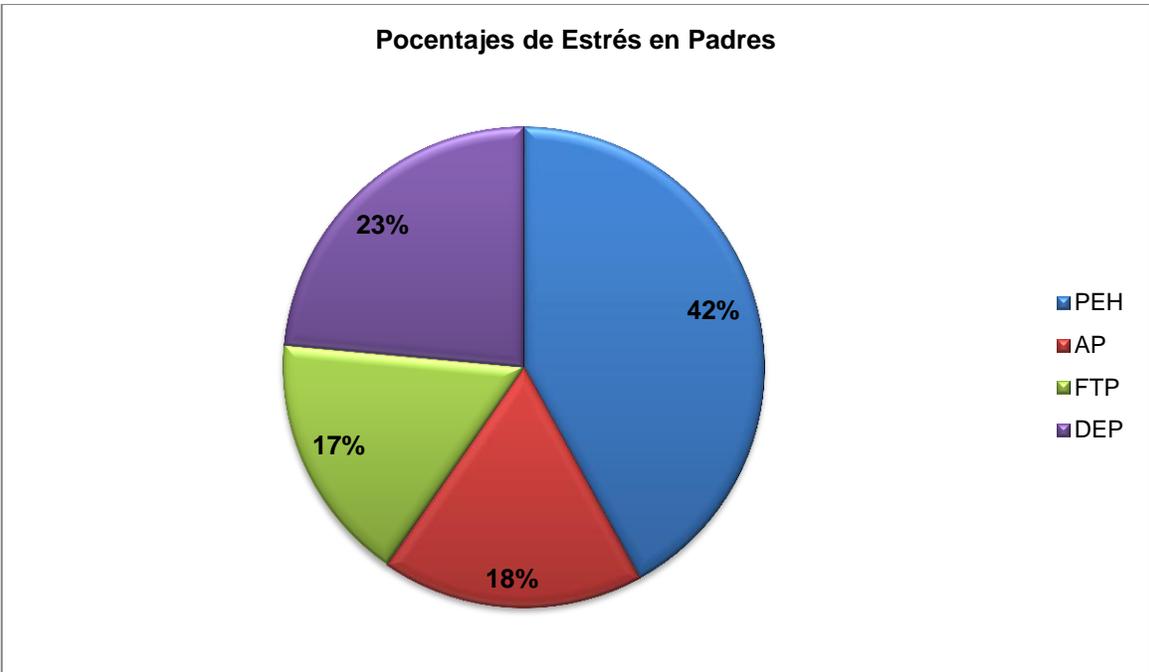
Es por lo anterior que se vuelve fundamental, el conocer la condición: emocional, física, espiritual, etc. en la que se encuentran los padres.

A partir de la intervención con los padres de familia, mediante el Test de Estrés para Padres de Niños Enfermos y Sanos, se puede considerar lo siguiente:

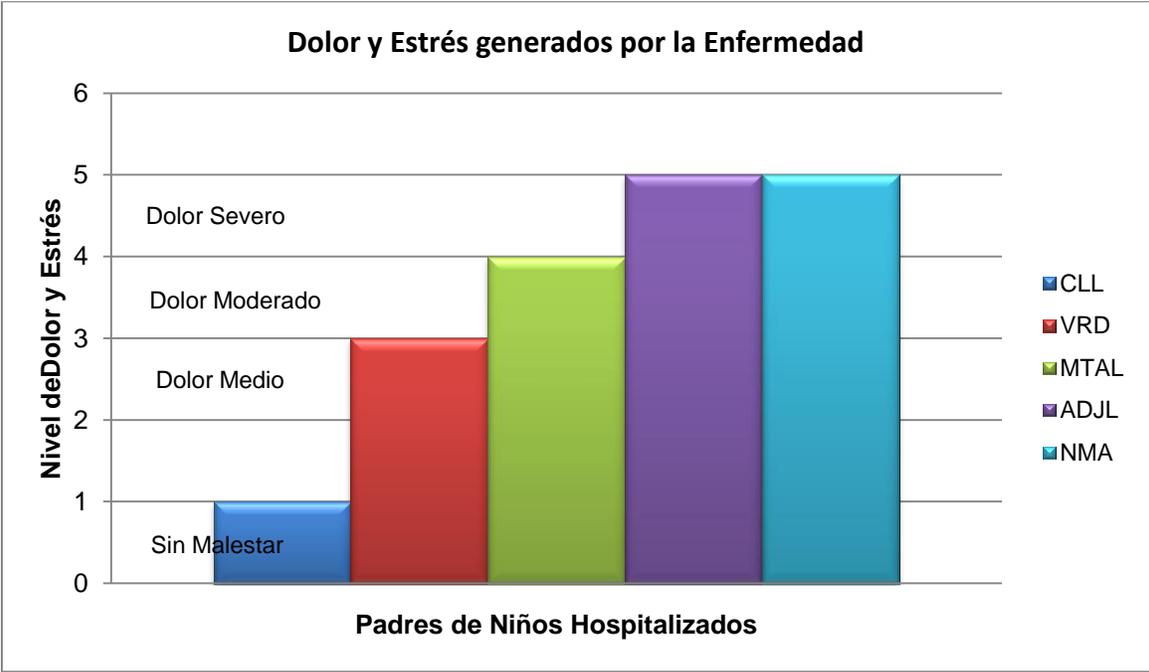
Nombre Frecuencia	Preocupación por la Educación de los Hijos	Ansiedad de los Padres	Falta de Tiempo Personal	Dependencia de Terceras Personas
Mamá no. 1: CLL	34/52	12/16	10/16	17/36
Mamá no. 2: MTAL	21/52	13/16	13/16	15/36
Mamá no. 3: ADJL	30/52	11/16	12/16	14/36
Mamá no. 4: VRD	39/52	13/16	10/16	23/36
Mamá no. 5 : NMA	34/52	14/16	15/16	15/36
Sumatoria:	158/260	63/80	60/80	84/180

El 42% de la población encuestada resultó que tiene una gran preocupación en cuanto a la educación de sus hijos, siendo la respuesta de mayor rango, considerando que la escala mide el estado de estrés generado por la tensión que viven a diario junto con sus hijos y el proceso de la enfermedad. Seguido de lo anterior, la segunda respuesta considerada por la población es la dependencia hacia terceras personas, como apoyo emocional y físico en dicho proceso.

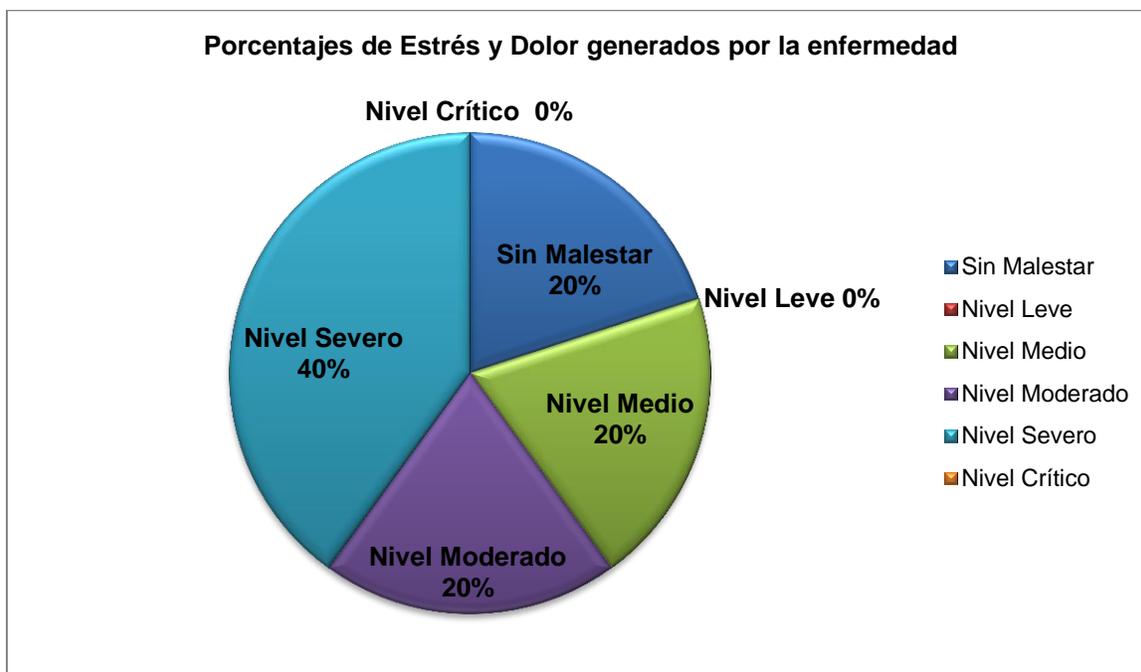
Mientras que el 18%, corresponde a los niveles de ansiedad que manejan los padres ante la situación, y el 17% se sitúa en la falta de tiempo personal. Y esto, se puede apreciar en la siguiente gráfica:



Es importante además, conocer la magnitud de dolor y estrés que genera la enfermedad del niño, en los padres; por lo que también se utilizó la Escala de Dibujos Faciales que consta de un cierto número de caras y valores, las cuales se expone anteriormente. Ya recopilados los datos, se obtuvo la siguiente gráfica:



La mayor parte de la población, corresponde al 40% y se encuentra en un nivel 5: severo, posteriormente están situados cada uno con el 20% respectivamente, en el nivel 4: moderado, 3: medio, y 1: sin malestar alguno.



Con el levantamiento del estudio sociodemográfico (Fabiana, 2009) en la Entrevista para Padres para la Evaluación diagnóstica de Niños y Adolescentes, se realizaron tres categorías que permiten una descripción cuantitativa de la condición emocional, personal y social que viven. Cada una de ellas, tiene ponderación de 1 a 3, de 1 a 4 y de 1 a 5 (según el caso); mientras mayor sea el valor, los niveles estarán más cercanos al límite de estrés. Esto se puede apreciar, en la tabla siguiente:

Nombre / Frecuencia	Actitud	Ansiedad	Preocupación
Mamá no. 1: CLL	1	1	3
Mamá no. 2: MTAL	2	3	3
Mamá no. 3: ADJL	1	4	4
Mamá no. 4: VRD	2	4	5
Mamá no. 5: NMA	3	4	5

MATRIZ DE DATOS

NIÑOS											PADRES DE FAMILIA																		
PARTICIPANTES	ESCALA ANÁLOGA VISUAL										ESCALA DE DIBUJOS FACIALES						ESCALA DE DIBUJOS FACIALES						TEST PARA PADRES DE NIÑOS SANOS Y ENFERMOS				ENTREVISTA A PADRES PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES		
PARTICIPANTE FRECUENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	PEH	AP	FTP	DEP	ACTITUD	ANSIEDAD	PREOCUPACIÓN
1				x										x			X												
2					x								x							X			39/52	13/16	10/16	23/36	2	4	5
3						x								x							x								
4							x						x						x				21/52	13/16	13/16	15/36	2	3	3
5									x		x										x								
6	x															X													
7	x													x									34/52	12/16	10/16	17/36	1	1	3
8	x															X													
9	x															X							30/52	11/16	12/16	14/36	1	4	4
10					x								x										34/52	14/16	15/16	15/36	3	4	5
SUMATORIA	4	0	0	1	2	1	0	1	0	1	1	0	2	3	0	3	1	0	1	1	2	0	158/260	63/80	60/80	84/180	Los niveles se posicionan en normal y regular.	Sobresalen los niveles de ansiedad mayor.	Los niveles se acentúan en moderado y en estrés.
NOTAS Y/O ACOTACIONES:	Conforme la numeración va acercándose a la unidad, es decir al número 1, el grado de ansiedad se convierte en más crítico y a partir del número 6, va mejorando. Se clasificó para la evaluación en: 1: Pánico, 2: Ansiedad Crítica, 3: Ansiedad Moderada, 4: Ansiedad Leve, 5: Indicios de Ansiedad; 6: Preocupación, 7: Estrés Crítico, 8: Estrés Moderado, 9: Estrés Leve y 10: Sin estrés y ansiedad alguna.										A mayor numeración, el nivel de estrés y dolor aumentan. Se clasificó para la evaluación en: 1: sin dolor alguno, 2: dolor leve, 3: dolor medio, 4: dolor moderado, 5: dolor severo y 6: dolor crítico.						A mayor numeración, el nivel de estrés y dolor aumentan. Se clasificó para la evaluación en: 1: sin dolor alguno, 2: dolor leve, 3: dolor medio, 4: dolor moderado, 5: dolor severo y 6: dolor crítico.						PEH: Preocupación sobre la educación de los hijos. AP: Ansiedad de los Padres. FTP: Falta de Tiempo Personal. DEP: Dependencia de Terceras Personas.				De acuerdo a las observaciones obtenidas y a los resultados cualitativos, se crearon tres categorías para poder evaluarlo de manera cuantitativa. En Actitud con una escala de 1: Normal, 2: Regular y 3: Nerviosa; Ansiedad: 1: Sin Ansiedad, 2: Ansiedad Leve, 3: Ansiedad Moderada y 4: Ansiedad Aguda; y Preocupación: 1: Sin Preocupación, 2: Preocupación Leve, 3: Preocupación Moderada y 4: Estrés.		

MATRIZ DE DATOS

NIÑOS											PADRES DE FAMILIA																								
PARTICIPANTES	ESCALA ANÁLOGA VISUAL										ESCALA DE DIBUJOS FACIALES						ESCALA DE DIBUJOS FACIALES						TEST PARA PADRES DE NIÑOS SANOS Y ENFERMOS						ENTREVISTA A PADRES PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES						
	PARTICIPANTE FRECUENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	E	T	D	P	PE	DI	A	DP	C	AP	ACTITUD	ANSIEDAD
1				x										x			x																		
2					x								x							X			1/1	6/6	1/1	7/7	1/1	1/1	1/1	6/6	2/2	4/4	2	4	5
3						x								x							x														
4								x					x						X				1/1	6/6	1/1	7/7	1/1	1/1	1/1	5/6	2/2	3/4	2	3	3
5									x		x										x														
6	x															x																			
7	x													x									1/1	6/6	1/1	7/7	1/1	1/1	1/1	6/6	2/2	4/4	1	1	3
8	x															x																			
9	x															x							1/1	6/6	1/1	6/7	1/1	0/1	1/1	6/6	2/2	3/4	1	4	4
10					x								x										1/1	6/6	1/1	7/7	1/1	1/1	1/1	6/6	2/2	4/4	3	4	5
SUMATORIA	4	0	0	1	2	1	0	1	0	1	1	0	2	3	0	3	1	0	1	1	2	0	5/5	30/30	5/5	34/35	5/5	4/5	5/5	29/30	10/10	18/20	Los niveles se posicionan en normal y regular.	Sobresalen los niveles de ansiedad mayor.	Los niveles se acentúan en moderado y en estrés.
NOTAS Y/O ACOTACIONES:	Con forme la numeración va acercándose a la unidad, es decir al número 1, el grado de ansiedad se convierte en más crítico y a partir del número 6, va mejorando. Se clasificó para la evaluación en: 1: Pánico, 2: Ansiedad Crítica, 3: Ansiedad Moderada, 4: Ansiedad Leve, 5: Indicios de Ansiedad; 6: Preocupación, 7: Estrés Crítico, 8: Estrés Moderado, 9: Estrés Leve y 10: Sin estrés y ansiedad alguna.										A mayor numeración, el nivel de estrés y dolor aumentan. Se clasificó para la evaluación en: 1: sin dolor alguno, 2: dolor leve, 3: dolor medio, 4: dolor moderado, 5: dolor severo y 6: dolor crítico.						A mayor numeración, el nivel de estrés y dolor aumentan. Se clasificó para la evaluación en: 1: sin dolor alguno, 2: dolor leve, 3: dolor medio, 4: dolor moderado, 5: dolor severo y 6: dolor crítico.						E: Estrés T: Tiempo D: Descanso P: Preocupación PE: Pena por sí mismo DI: Diversión DP: Dependencia C: Comunicación AP: Apoyo						De acuerdo a las observaciones obtenidas y a los resultados cualitativos, se crearon tres categorías para poder evaluarlo de manera cuantitativa. En Actitud con una escala de 1: Normal, 2: Regular y 3: Nerviosa; Ansiedad: 1: Sin Ansiedad, 2: Ansiedad Leve, 3: Ansiedad Moderada y 4: Ansiedad Aguda; y Preocupación: 1: Sin Preocupación, 2: Preocupación Leve, 3: Preocupación Moderada y 4: Estrés.						

La aplicación de los test utilizados para esta investigación, permiten conocer e identificar diversas problemáticas y situaciones a las que se ven sometidos los niños y su familia (en específico los padres).

Las matrices mostradas arriba, permitieron evaluar la información obtenida de manera particular y al mismo tiempo de manera general, ya que se hace uso de los valores empleados en cada uno de los instrumentos.

De la observación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los distintos instrumentos, hay una posible relación “significativa”, de los niveles de estrés que hay en los niños como consecuencia de la que existe en los padres; aunque no se comprobó, pero queda la posibilidad de hacerlo en alguna otra investigación. Es por tal situación que se requiere del involucramiento del equipo multidisciplinario que actúa en el hospital: médicos, residentes, enfermeras, trabajadoras sociales, docentes hospitalarias, prestadoras de servicio social, voluntarias, por mencionar otros; e instituciones como la SEP e IMSS.

Por parte de los niños, los resultados que se obtuvieron en la Escala Análoga Visual, muestran los distintos niveles de ansiedad, surgidos por el conflicto adaptativo al nuevo entorno (hospital y una ciudad diferente) y tratamientos a los que se ven sometidos por la enfermedad, y así mismo por la falta de recursos y/o respuestas para poder encontrar una explicación a lo que es totalmente desconocido.

Permite también, determinar las respuestas fisiológicas, emocionales y cognitivas involucradas que derivan de la enfermedad y el proceso que ella conlleve, pues la mayoría de los niños pasan por un estado de pánico.

En ésta escala, conforme la numeración se acerca a la unidad, es decir al número 1, el grado de ansiedad se torna más crítico (véase Anexo I y/o página 117) y es a partir del número 6, que ésta mejora.

Para los niños que se encuentran hospitalizados, el dolor es algo inevitable y siempre está vinculado con la enfermedad, con los medicamentos y con todo el

tratamiento en general. Afrontar la enfermedad es un proceso largo, difícil y doloroso para toda la familia, pero de ello depende la calidad en el apoyo que los padres les brinden a sus hijos.

La Escala de Dibujos Faciales dio a conocer en sus resultados, que la mayoría de los niños sufren los grados más elevados de dolor, esto cada vez que son canalizados para que se les suministre el medicamento vía intravenosa, cuando les realizan algún estudio para diagnóstico o avance de la enfermedad, cuando llevan mucho tiempo lejos de casa y de su familia o por el simple hecho de que les duele; y esto desencadena a que se vean sometidos a periodos largos y continuos de dolor, estrés y ansiedad. A manera en que incrementa la ponderación asignada de 1 a 6, el dolor y la ansiedad aumentarán también (véase Anexo II y/o páginas 117-118).

De acuerdo con la información obtenida en los instrumentos y recogida en la matriz de datos, más del 50% de la población de los niños a los que les fueron aplicados los instrumentos, sufre de niveles altos de ansiedad y dolor; lo cual nos invita a hacer algo para favorecer la disminución de estos niveles tan tremendos y para ayudar a que su sistema inmunológico no se vea afectado, y que a su vez repercuta aún más en su estado de salud.

Ante la enfermedad, los padres se duelen al ver sufrir y luchar a sus hijos día a día contra ella, siendo también necesario conocer y medir el dolor y ansiedad vividos en toda esta situación; por lo que se utilizó la Escala de Dibujos Faciales, al igual que con los niños, utilizando la misma ponderación y obteniendo como resultados, que el 90% de la población de los padres, se encuentran niveles de dolor y ansiedad severos.

En cuanto al Test de Estrés para Padres de Niños Sanos y Enfermos, determinó el estado psicológico a la que se encuentran sometidos por la enfermedad que atraviesan sus hijos; viviéndola de lejos y de cerca al mismo tiempo.

La manera de evaluación de éste, se elaboró desde dos perspectivas diferentes: una, siguiendo la que el mismo test propone, categorizada en cuatro aspectos:

preocupación sobre la educación de los hijos, ansiedad de los padres, falta de tiempo personal y dependencia de terceras personas; y que dio como resultados valores un poco preocupantes, pero a su vez flexibles en cuanto a los números.

Y la otra realizada junto con mi asesor el Profesor Mario Flores Girón, clasificada en nueve dimensiones: estrés, tiempo personal, descanso, preocupación, pena por sí mismo, diversión, dependencia, comunicación y apoyo; dando origen a resultados alarmantes con límites extremadamente críticos (hablando numerológicamente) y ya no te invita, sino te insiste en elaborar una estrategia que trate de erradicar éstas problemáticas.

La Entrevista a Padres para la Evaluación Diagnóstica de Niños y Adolescentes, permite la posibilidad de conocerlos desde una perspectiva tan personal e íntima de vivir este proceso tan doloroso y estresante, mediante cuatro apartados: datos sociodemográficos, anamnesis del desarrollo, aspectos adaptativos e indicadores clínicos, psicosociales y ambientales.

En los datos sociodemográficos, los resultados obtenidos, es que la mayoría de los pacientes y por ende padres de familia, son provenientes del interior de la república mexicana y manifiestan que antes de la enfermedad de sus hijos, llevaban una vida normal.

Sin embargo, después del diagnóstico y tratamiento de sus hijos, sus vidas cambiaron considerablemente. De tal forma que tuvieron que adecuarse a un modo y estilo de vida distinto, que requería en algunos casos de implicaciones familiares de la familia extendida como tíos, abuelos, por mencionar otros.

No importando esto, se encuentran apoyando a sus hijos durante todo el proceso de sanación/curación, siendo personas optimistas ante la enfermedad, ya que por el desgaste que sufren sus hijos, el apoyo que les brinden es de vital importancia para que los niños puedan continuar y afrontar de la mejor manera posible el tratamiento y lo demás que conlleve su sanación.

En cuanto al apartado de anamnesis, permitió conocer e indagar en todos los datos personales, hereditarios y familiares de los niñ@s; arrojando como resultados, que las enfermedades de la mayoría de los casos, son secuelas de problemas que surgieron después del nacimiento, y que más tarde dieron origen a una enfermedad como tal que debe de ser atendida.

Dentro de los indicadores de adaptación, en todos los casos corresponden a la edad de 3 a 12 años, y se constató que hubo un notable cambio en las conductas de los niñ@s: uno a partir de que empezó su proceso de enfermedad y otro a que debido a esta, los padres tienden a sobreprotegerlos, trayendo consigo dificultades y hasta cierto retraso en el desarrollo cognitivo y formativo-escolar, debido a que como prioridad esta la salud y se deja de lado a la educación.

En los indicadores clínicos, se muestra que existen cambios en el proceso comunicativo, de comportamiento y de desarrollo en el niñ@ a partir del diagnóstico de la enfermedad, pero sobre todo durante el tratamiento que conlleva: hospitalización, canalización, intervención quirúrgica, medicamento; y además el cambio de vida y de ambiente a la que se tiene que someter, siendo desconocido e inseguro de todo lo que pueda pasar.

Y en los indicadores psicosociales y ambientales, se detectaron problemas de la vida en los niñ@s que llegaron a influir o que influyen en ella, y que han provocado alteraciones en ellos: estrés familiar, duelos, insuficiencia de apoyo, por mencionar otros.

Aunque los resultados en este instrumento fueron sólo cualitativos y debido a que algunas respuestas son consideradas como ítems críticos por el valor de la información, se crearon tres categorías que recogen partes de las observaciones registradas y de acuerdo al tipo de respuesta: Actitud: con una escala de 1: Normal, 2: Regular y 3: nerviosa; Ansiedad teniendo a 1: Sin ansiedad, 2: Ansiedad leve, 3: Ansiedad moderada y 4: Ansiedad aguda; y Preocupación con una escala de 1: Sin preocupación, 2: Preocupación leve, 3: Preocupación Moderada, 4: Preocupación aguda y 5: Estrés (Véase página 125).

Los resultados arrojados en esta categorización, muestran 40% de la población se encuentra en una actitud normal; en ansiedad el 75% está en un nivel de ansiedad aguda y en cuanto a la preocupación, el 50% se ubica en un nivel ya no de preocupación sino de estrés.

La actitud de los padres ante tal evaluación, fue en algunos casos de angustia, debido a que temían que se ventilara información tan personal (datos personales y de enfermedad); en algunos otros casos, se negaron a responder por el motivo anterior o porque les causa un conflicto personal y anímico.

Es por tales motivos que en ésta investigación, por motivos de confidencialidad, no se utilizan los nombres como tal de los participantes, pero si las iniciales de su nombre (s) y apellidos.

Cabe mencionar además, que en el caso de una mamá llamada por la inicial de nombre y apellido "OC", se negó en todo sentido a colaborar en esta investigación por varias razones: desconfianza a hacer mal uso de la información personal y médico tanto de su hija como de ella, el quedar expuesta ante el otro que es completamente desconocido; y el enfrentarse a su historia y reconocerse en ella, le provoca sentimientos negativos, que la llevan a perder el poco avance que ha tenido de superación en el proceso de su hija.

Y se hace mención de ella, no para ponerla en evidencia ni mucho menos, sino porque tanto ella como su hija ENPC, fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación, y por ende son mucho más importantes y propensas, para recibir el apoyo debido que requieren.

Por todo lo anterior, como pedagogos es necesario intervenir y crear herramientas que ayuden a disminuir y/o tratar de evitar estas problemáticas: dolor, ansiedad y estrés, ya que el estar hospitalizado o acompañando al paciente en su estancia, genera mucha tensión y angustia, además de otros factores que convendría indagar.

5.5 Necesidad e Importancia de la Educación Emocional en el Contexto Hospitalario

La importancia e interés de la educación emocional en el contexto hospitalario, radica en que ayuda a todo individuo a conocerse mejor y a tener dominio sobre su carácter, así como para poder interrelacionarse con todos aquellos que están a su alrededor; llámese médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicóloga, asistentes médicos, maestros, padres de familia, niños enfermos, voluntarias, personal de limpieza, camilleros, por mencionar otros.

También cabe destacar, que es la educación emocional como proceso educativo, continuo y permanente, la que permite potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial para el desarrollo humano, con el objeto de capacitarle para la vida, y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social. Convirtiéndose en una educación para la vida, por el hecho de ser un proceso educativo, continuo y permanente.

Además de que permite adquirir un mejor conocimiento y por ende manejo de las emociones, desarrollar habilidades para poder regular las mismas, para generar emociones positivas y automotivación; para prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas, y lo más importante a mi criterio, poder adoptar una actitud positiva ante la vida, pese a las circunstancias en las que el niño está inmerso por su situación de enfermedad.

Las emociones aparecen de manera impulsiva sin que nosotros nos demos cuenta o hayamos hecho algo para experimentarla. Por lo que educar tanto a los niños como a los padres, hacia la conciencia de estas, supone una contribución a que conozcan su estado de ánimo y puedan relacionarlo con la calidad de vida que quieren llevar, preparándoles para todo lo que se les puede presentar en la vida. Al hacer referencia a las emociones negativas, la educación hacia su conocimiento no debe llevar a su eliminación sino más bien a su reorientación hacia lo positivo: conocerlas, saber el que la ocasiona guiarla hacia algo aprovechable, de manera que se adapten a su vida sin una consecuencia perjudicial en su vida.

La educación emocional, debe capacitar o hacer un intento de ello para que los niños aprendan y puedan saber apreciar y sacar buen partido de las emociones propias y ajenas, respetándolas en todo momento, además de dotarles de un lenguaje para que puedan nombrarlas sabiendo cuál es su significado. Lo anterior, permitirá al niño también conocer la moralidad de sus actos y comportamientos, así como extrapolarlo a los de los demás.

Hacer énfasis en la utilización de una educación emocional en la escuela (aula hospitalaria), sea cuál sea la condición del niño, supone una vía para que haya comunicación afectiva buscando que cada alumno se comprenda a sí mismo y a los demás.

La educación emocional, sin embargo, no debe reducirse únicamente al plano de la educación formal, sino que es importante trasladarla también al contexto familiar, donde padres y madres formen parte del proceso, tanto para aplicar esa educación emocional sobre sí mismos como para ser conscientes de la importancia que tiene en el desarrollo de sus hijos y contribuir en ella.

En definitiva, tanto padres como profesores y, en general agentes educativos, debemos conocer nuestros propios sentimientos, intentando conocer también cuál es la perspectiva de los niños e hijos, llevando a la práctica la empatía, controlando los impulsos que tenemos y siendo conscientes de cuál es nuestra actitud en la labor como agentes educativos dedicando todo nuestro esfuerzo.

Si se consiguen los objetivos antes mencionados, tanto en la institución educativa como en el resto de ámbitos educativos (aula hospitalaria), se conseguirá formar a personas emocionalmente inteligentes, que tendrán en su poder la capacidad de resaltar los aspectos positivos de las situaciones por encima de los negativos, valorar los triunfos más que las derrotas, los aciertos más que los errores e intentando aprender de todo lo que viva en ese momento.

CAPÍTULO VI

ARTETERAPIA: UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA A NIÑ@S Y PADRES, PARA TRABAJAR LAS EMOCIONES DERIVADAS DE LA ENFERMEDAD

Es necesario poner especial énfasis conocer la situación por la que atraviesa el niñ@ hospitalizado durante su edad escolar y acentuar la necesidad de una intervención educativa, como alternativa en el tratamiento del impacto emocional que puede desarrollar el niñ@, como consecuencia de su estancia hospitalaria.

El arte proporciona al sistema educativo herramientas que permiten llevar a cabo una educación integral en la escuela. Ayuda a desarrollar y valorar las relaciones interpersonales, el bienestar personal, la autoestima, la comunicación y el autoconocimiento. A través de él, aprendemos a respetar y valorar nuestro trabajo y el de los demás, a hacer frente a situaciones difíciles y momentos críticos. Es de una gran ayuda para que los niñ@s tomen las riendas de sus vidas, se adapten mejor al ambiente y tengan un mayor bienestar personal.

Mediante la expresión, experimentación del disfrute y del aprendizaje con el arte, se puede conseguir que los objetivos de la educación se transmitan y se integren de un modo natural en el propio proceso de crecimiento, ya que se puede utilizar para adquirir conocimientos de un modo alternativo. La historia, el cálculo, la comunicación y las ciencias sociales son materias que pueden fácilmente estudiarse a través del arte.

Es importante desarrollar la creatividad desde los primeros años, ya que los estudiantes creativos confían más en sí mismos, están más motivados y llenos de ideas, tienen una mayor capacidad para expresarse y responder de forma imaginativa y saben realizar las actividades de forma libre y productiva. La creatividad en la escuela se debe contemplar como una forma de aprendizaje, como un método y como una finalidad.

La creación artística es una manera de crear orden personal, mayor control en el trabajo, hacer espíritus independientes y libres, entendiendo la libertad como la posibilidad de dudar, de equivocarse, de buscar, de experimentar, de saber decir no.

6.1 Descripción del surgimiento de la Propuesta

Es importante conocer qué pasa con los educandos que por sus condiciones de salud requieren reposo absoluto o moderado, según sea el caso así como el tipo de enfermedad por la que atraviesa y que por ese motivo, ha cambiado drásticamente su vida social y educativa (familia, escuela, amigos, etc.).

La Pedagogía hospitalaria, permite crear las condiciones necesarias para ayudar a los niños-pacientes y a sus familias, con el fin de mejorar el concepto de enfermedad del niño; así como la manera en que se atienden cada una de las necesidades expresivas de los niños. Es por esto, que las actividades que se diseñan y ponen en práctica, son de carácter lúdico-formativas, dirigidas a mejorar la situación personal, psico-afectiva y social del niño. A su vez las actuaciones se desarrollan en colaboración con otros profesionales sanitarios y/o agentes sociales.

La hospitalización supone un momento de crisis vital que tanto el paciente como su familia han de asimilar. Es una situación que produce sentimientos de ansiedad, miedo a lo desconocido, inseguridad y temor a la muerte. En el caso de la hospitalización pediátrica existe además, la dificultad de los niños/as para comprender esta situación, integrarla y poder vivirla desde la esperanza o expectativa de curación.

Por otra parte, el periodo de hospitalización, supone una ruptura con el curso evolutivo del niño, tanto en lo personal como en lo escolar. Implica un abandono del medio natural (rutinas, familia, amigos...) y el ingreso en un medio que es extraño para ellos (hospital, habitación, pasillos, personal sanitario...)

Por todo ello, es adecuado facilitar vías que atiendan a estos aspectos y ayuden a hacer de la hospitalización una realidad más llevadera y humanizada, mejorando así la calidad de vida de los niños/as y sus familias.

El Arteterapia resulta aquí un instrumento idóneo para acercarse al modo en que el niño vive este proceso, basándose en la capacidad de la actividad artística para: promover sentimientos positivos de bienestar, estimular la familiarización con experiencias nuevas y difíciles, favorecer la incorporación de nuevas formas de sentir y afrontar la hospitalización; identificar, verbalizar y resolver problemas, miedos inquietudes, y sobre todo, constituir una vivencia saludable de “normalidad”.

A través de la arteterapia, como intervención integradora de contribución al mejoramiento de la salud global del paciente, enfocando la mente hacia diferentes direcciones, donde prevalece el modo visual por encima del lógico, y donde se conecta a la persona con su propia creatividad. Se utilizará a partir de un lenguaje artístico como medio de comunicación, ayudando a los niños a entender mejor su situación y que pueda externar lo que siente.

A veces olvidamos que, para hacer un mundo mejor, en el que se desarrollen todas las potencialidades del ser humano, hay que mejorar notablemente la calidad de la educación, y en este caso, también de vida.

En esta investigación, se pretende ayudar al educando a adaptarse al ambiente hospitalario y posteriormente reintegrarlo a su entorno; ya que aprender y enseñar forman parte de la existencia humana, histórica y social, igual que forman parte de ella la creación, la invención, el lenguaje, el amor, el odio, el asombro, el miedo, el deseo, la atracción, la fe, la duda, la curiosidad, el arte, la magia, la ciencia y la tecnología.

6.2 Estructura del Taller

6.2.1 Contexto de Referencia

En los niñ@s se encuentran situados en un plan de indefensión, dejando y quedando los proyectos personales mermados, frustrados y limitados.

Son niños con edades de entre 2 a 7 u 8 años, en algunas ocasiones menores de 2 años, por lo que el impacto de la enfermedad, trastoca varios aspectos en el niño: psicológico, físico, ocupacional y social; provocando en él depresión, ansiedad, estrés, alteraciones conductuales, dificultades de concentración, miedo, por mencionar otras. El niño se vuelve más dependiente, primero de sus padres y luego de sus hermanos, ya que la enfermedad reduce el grado de independencia, y suelen alejarse de las normas.

En los padres se hacen presentes la angustia, depresión, agresividad y culpa, y debido a esto tienden a aflorar en cualquier momento. Otros rasgos que figuran están: las alteraciones del sueño, el apetito, pérdida de actividades sociales, personales, etc.; suelen acompañarse de rigidez afectiva, rechazo o sobreprotección al niño, entre otros.

La agresividad se manifiesta en relación al niño, al cónyuge, a otros familiares o inclusive al equipo interdisciplinario en el hospital y viva el proceso de la enfermedad del niño como un castigo. Y surge también el psico-somatismo, generando protección exagerada al niño, rigidez afectiva y/o pobreza en la resolución de conflictos.

6.2.2 Problemática o Necesidades Detectadas

La hospitalización supone, casi siempre, un importante paso en lo que se refiere a la salud de la persona, pero con frecuencia se asocia con consecuencias psicológicas adversas entre las que se destacan las siguientes: alteraciones comportamentales tales como agresividad, conducta de oposición, falta de

adhesión al tratamiento médico, trastornos de sueño, de apetito, respuestas de evitación, mutismo y dependencia afectiva; alteraciones cognitivas como déficit de atención o dificultad para concentrarse, alteraciones emocionales como ansiedad, miedos y temores; depresión, apatía o falta de interés por las cosas.

Además estos problemas se agravan como consecuencia de la propia enfermedad (fatiga, cansancio, dolores, malestar...) y por las características de los centros hospitalarios (uniformidad, rigidez, monotonía...).

Los niños con enfermedades, son sujetos susceptibles de repetidas hospitalizaciones, ya que se enfrentan no sólo con el dolor y el temor que conlleva la enfermedad, sino también al fenómeno de la hospitalización y a la ausencia de una vida normal; lo que influye también sobre la familia e incrementa las dificultades respecto a su vuelta al hogar, la readaptación a la escuela, su resocialización, etc.

Pero ante esto, ¿qué se está haciendo para ayudar al niño y su familia, para afrontar lo mejor posible el proceso de enfermedad y lo que conlleva?, ¿acaso sólo hay que abocarse al ámbito de salud?, ¿qué pasa con la educación y las emociones? y ¿qué podemos hacer como pedagogos?

6.3 Metodología

En la actualidad existe un sin fin de problemas de tipo cultural, religioso, ecológico, de educación, etc., que atañen a la sociedad y por ende se demandan proyectos de intervención socioeducativos para contribuir en la solución de estos.

Cuando un niño presenta necesidades educativas, es porque se presenta algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización, lo que demanda una atención más específica y mayores recursos educativos de los necesarios para apoyo. La Psicopedagogía se interesa por ofrecer atención y apoyo a los alumnos

atendiendo a la diversidad, siendo está un importante indicador para la mejora de la calidad de la enseñanza.

6.4 Ficha Técnica

- **Nombre de la Estrategia:** “Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a niñ@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad”.
- **Propuesta:** Ofrecer al participante a través del taller, alternativas mediante una sesión de arteterapia, para generar un mejor manejo y una mayor resolución de conflictos emocionales, haciendo una adecuación a cada situación concreta. Es decir, ajustando el plan tomando en cuenta las características del niñ@ y familia, de la enfermedad, del momento concreto y del material.

Así mismo, proporcionar además las herramientas a través de las cuales puedan canalizar sus sentimientos, fomentando procesos artísticos libres.

- **Objetivos a Corto Plazo:**
 - Creación de un ambiente hospitalario más humanizado, para facilitar la integración de este ambiente.
 - Aportar las herramientas técnicas, formativas, organizativas necesarias para crear un espacio de aprendizaje, comunicación y apoyo a los alumnos de las aulas hospitalarias.
 - Tomar conciencia de la enfermedad y hacer frente al dolor.
 - Disminuir los trastornos psicológicos.
 - Trabajar la comunicación interpersonal y mejorar las relaciones con el otro.
 - Desarrollo de la motivación intrínseca.

- Crear un espacio para favorecer las emociones positivas y la socialización.
- **Objetivos a Mediano Plazo:**
 - Desarrollar la creatividad y la expresión de sus talentos individuales atendiendo a sus necesidades especiales.
 - Desarrollar la autoestima.
 - Disminuir sentimientos y efectos negativos de la enfermedad.
 - Experimentar otros caminos de expresión.
 - Trabajar las alteraciones de los procesos cognitivos básicos: atención, percepción y memoria.
- **Objetivos a Largo Plazo:**
 - Mejorar la calidad de vida del enfermo y del acompañante durante la hospitalización.
 - Favorecer el desarrollo afectivo y social de la personalidad e impulsar la expresión y comunicación.
 - Convertir la situación de desventaja académica en oportunidad para desarrollar y apoyar la más fácil recuperación del desfase académico que se pueda sufrir.
 - Rentabilizar la enfermedad como una experiencia de crecimiento interior, de autoconocimiento, por medio de la aplicación de técnicas artísticas y psicológicas que permitan desarrollar el potencial creativo del niño.
 - Expresar temores, dudas, compartir vivencias, sensaciones y emociones.
- **Modalidad:** Taller en Aula Fija y en Camas.
- **Aplicación:** del 04 de agosto del 2014 al 05 de septiembre del 2014.

Como parte de las estrategias de intervención, se utilizan y muestran más adelante, las cartas descriptivas que corresponden al diseño y la planeación de dicho taller; que contemplan los objetivos de las sesiones, actividades a desarrollar, materiales y tiempos empleados para cada una de ellas.

- **Institución:** Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría: Dr. Silvestre Frenk Freund, en Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ubicado en Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, C.P. 06720, México D.F.
- **Programa:** Sigamos Aprendiendo... en el Hospital.
- **Perfil del Participante:** Por un lado, se encuentran niños con edades de entre 2 a 7 u 8 años, en algunas ocasiones menores de 2 años, con problemas de oncología, hematología, urología, neumología, gastroenterología generalmente, pero hay de muchas especialidades médicas. Por otro lado, con los padres y familiares que acompañan a los niñ@s durante el proceso de enfermedad: diagnóstico, tratamiento, hospitalización, cirugías, curación o muerte.
- **No. de Participantes:** Diez niñ@s y cinco padres de familia.
- **Duración:** Sesiones de 50 minutos en el aula fija y en camas 25 minutos por niñ@ y familia, tres veces a la semana.
- **Pedagoga Hospitalaria:** Ana Laura Romero Rodríguez

Para efectos del periodo comprendido del 04 de agosto al 22 de agosto del 2014, las planeaciones presentadas a continuación, corresponden a tres de las distintas sesiones planeadas para los niñ@s enfermos y padres de familia, las cuales se encuentran dentro de los contenidos de Autoestima, Entorno y Sociedad, y Emociones.

Para los Niñ@s

1. Autoestima
 - 1.1 Autoconcepto
 - 1.2 La Familia como parte de mi identidad
 - 1.3 Me quiero y me acepto

2. Entorno y Sociedad
 - 2.1 Amigos
 - 2.2 Mi escuela
 - 2.3 El Hospital
 - 2.4 La Escuelita (Aula Hospitalaria)

3. Emociones
 - 3.1 Lo mejor y lo peor de mí
 - 3.2 Recuerdos
 - 3.3 ¿Cómo me siento hoy?

4. Proyecto de Vida
 - 4.1 Soñar despierto
 - 4.2 La fe como apoyo al proceso

5. Cierre

Para los Padres y/o Familiares

1. Autoestima
 - 1.1 Autoconcepto
 - 1.2 La Familia como parte de mi identidad
 - 1.3 Me quiero y me acepto

2. Entorno y Sociedad
 - 2.1 Amigos
 - 2.2 Trabajo
 - 2.3 El Hospital
 - 2.4 El Aula Hospitalaria

3. Emociones
 - 3.1 Lo mejor y lo peor de mí
 - 3.2 Recuerdos
 - 3.3 ¿Cómo me siento hoy?
 - 3.4 Acentuando lo positivo

4. Proyecto de Vida
 - 4.1 Autobiografía
 - 4.2 Soñar despierto
 - 4.3 La fe como apoyo al proceso

5. Cierre

6.7.1 Cartas Descriptivas
6.7.1.1 Cartas Descriptivas: Niñ@s

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Alumnos de preescolar, primaria y secundaria	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Autoestima SUBTEMA: La familia como parte de mi identidad			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Describir a los integrantes de la familia desde una perspectiva vivencial, y conocer su árbol genealógico por medio del dibujo.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Juego de Conocimiento	Mediante este juego nos permitirá conocer un poco más a las personas, es titulado "Este es mi amigo", en donde los niñ@s tendrán que presentar al compañero que tenga a lado.		10 minutos
Conociendo a mi familia	Con la participación de los niñ@s se iniciará la sesión, a través de una plática indagatoria que nos permita conocer a los integrantes de su familia y las actividades que realizan con ellos; así también, con ayuda de los padres se hará un recorrido en el árbol genealógico, para conocer de dónde venimos.		15 minutos
La familia	En este apartado, el pedagogo dará a conocer la definición, tipos y funciones que cumple la familia, siendo ésta la célula social más importante. También se hará una distinción entre las que están representadas por cada uno de los niñ@s, inculcando el respeto hacia cada una de ellas.	Fotografías de familias	5 minutos
Elaboración del dibujo de la familia.	Una vez obtenida la información del árbol genealógico y de los integrantes de la familia de los niñ@, se les pedirá que elaboren su árbol genealógico.	¼ de papel cartulina Colores Plumones Crayolas	20 minutos

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Alumnos de preescolar, primaria y secundaria	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Entorno y Sociedad SUBTEMA: La Escuelita (Aula Hospitalaria)			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Conocer mediante el collage, las finalidades del aula hospitalaria como espacio seguro y agradable donde se pueden expresar y compartir temas de índole educativo y emocional.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Ejercicios “Quita flojera”	Mediante estos ejercicios, los niñ@s pondrán a trabajar distintas partes de su cuerpo, con la finalidad de deshacerse de la flojera y estrés generados por la hospitalización.	Cuerpo humano	5 minutos
El Aula Hospitalaria	Con ayuda del mobiliario que se encuentra dentro del aula, se hablará acerca de la definición, funciones, ubicación, mobiliario y actividades que se desarrollan dentro y fuera de ella. Esto con la finalidad, de que el niñ@ se adapte a ella durante su estancia hospitalaria y pueda continuar sus estudios, para evitar el retraso y rezago educativo.	Mobiliario del aula Pizarrón Plumones para pizarrón	10 minutos
Realización de Collages	A partir de la información presentada sobre el aula, se pedirá a los niñ@s que formen parejas para que plasmen las ideas en un collage, utilizando imágenes que describan lo mencionado anteriormente.	Cartulinas Tijeras Pegamento Revistas	20 minutos
Presentación de Collages	Una vez terminados los collages, un niñ@ de cada pareja expondrá frente a sus compañeros, acerca de lo que se puede observar de lo realizado en su trabajo.	Collage elaborado	15 minutos

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Alumnos de preescolar, primaria y secundaria	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Emociones			
SUBTEMA: ¿Cómo me siento hoy?			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Facilitar la expresión de sentimientos y emociones a través de la pintura y la música.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Juego de Distensión	Por medio de este juego, se busca estimular el movimiento, la relajación y la liberación de energía que tienen los niñ@s. Se denomina "¿Qué falta?" y consiste en esconder algún objeto llamativo que debe ser encontrado por cualquiera de los niñ@s.	Distintos objetos	10 minutos
Plenaria	En plenaria, se preguntará a los niñ@s si conocen las emociones y cómo es que se sienten en ese día. Con la información dada, se realizará una lluvia de ideas en el pizarrón.	Pizarrón Plumones para pizarrón	5 minutos
Las Emociones	Se iniciará explicando al niñ@ qué es una emoción y para qué nos sirven; con ayuda de los dibujos, se mostrarán las distintas expresiones faciales que se originan a partir de las emociones que sentimos. También se hará mención del uso de la arteterapia, como medio de expresión de las mismas.	Dibujos faciales de distintas Emociones	5 minutos
Pintura emocional	Ya abordados los contenidos y conocidas los distintos tipos de emociones, se pedirá al niñ@ que plasme por medio de un autorretrato, cómo es que se siente. Una vez que tengan elaboradas sus pinturas, se pedirá a algunos que la expliquen frente a los demás.	Hojas blancas Cartulinas de colores Pegamento Pinturas Digitales Pinceles Godettes Papel higiénico Vasos de unicel Sanitas Música relajante	30 minutos

6.7.1.2 Cartas Descriptivas: Padres y/o Familia

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Padres de Familia y/o Familiares	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Autoestima SUBTEMA: Autoconcepto			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: A través del caligrama, desarrollar la percepción, observación e introspección en el plano intra e intersubjetivo, para detectar las posibles carencias y/o necesidades derivadas de la enfermedad de su hij@.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Presentación ante los padres, mediante un juego rompehielos.	Se hará la presentación con los padres y/o familiares a través de un juego llamado "Vamos a Conocernos", con ayuda de un objeto personal que nos caracterice, para que mediante él, los demás nos puedan reconocer. La información obtenida en esta actividad, será de gran utilidad para poder realizar la siguiente.	Objeto personal de cada padre y/o familiar.	7 minutos
¿Cómo me ve el otro?	Los participantes deberán pegarse en la espalda una hoja que llevará como título ¿Cómo me ven?, en donde cada uno de los participantes escribirán la percepción que tienen uno del otro. Una vez que todos han escrito algo, de manera individual podrán ver los resultados y hacer una reflexión sobre los mismos.	Hojas blancas Cinta adhesiva Plumones	8 minutos
Autoconcepto	En este apartado, se abordará la definición de autoconcepto, el reconocimiento de nuestros mundos: afectivo, emocional y cognitivo; los puntos fuertes y débiles, cómo nos ve el otro y los intereses personales de cada padre.		15 minutos
Elaboración de caligramas	El caligrama permite formar una figura con un texto o palabras sobre un tema en específico, creando una imagen visual; y es por medio de éste que los padres deberán plasmar quiénes y cómo son, y el autoconcepto que tienen de sí mismos y el que les gustaría ser.	Hojas blancas Hojas de color Bolígrafos Plumones	15 minutos
Exposición de caligramas	Una vez terminados los caligramas, se pegaran el pizarrón para que todos podamos observar los resultados. Se pedirá que tres padres lo expongan de manera más detallada de lo que trata su trabajo.	Caligramas Pizarrón Cinta adhesiva	5 minutos

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Padres de Familia y/o Familiares	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Entorno y Sociedad SUBTEMA: El Aula Hospitalaria			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Conocer mediante el collage, las finalidades del aula hospitalaria como espacio seguro y agradable donde se pueden expresar y compartir temas de índole educativo y emocional.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Juego de Comunicación	El juego se denomina "Masaje grupal", los participantes deben de tener los ojos cerrados y caminar en distintas direcciones, cuando indique "alto", deben detenerse y con los ojos cerrados dar un masaje a alguien. Tiene como objetivo el desarrollar la confianza grupal para poder iniciar el proceso de comunicación.	Cuerpo humano	10 minutos
Lluvia de ideas	En plenaria se preguntará a los padres, si del estado proveniente existen aulas de este tipo, si sus hij@s ya han asistido a ellas, si creen conveniente que se brinde la atención pedagógica y cuál es la importancia que tienen. Los datos obtenidos, serán plasmados en una lluvia de ideas, la cual dará paso a la siguiente actividad.	Pizarrón Plumones para pizarrón	5 minutos
El Aula Hospitalaria	A partir de lo trabajado anteriormente, en este apartado se dará a conocer la importancia y relevancia del aula hospitalaria en cuanto a la formación y continuación de los estudios de sus hij@s, como estrategia para evitar el rezago y la deserción escolar, los objetivos que ésta plantea, las modalidades de atención que brinda y la manera en cómo se trabaja; esto como beneficio en primera instancia de los niñ@s y en segundo de los padres, ante la preocupación de que se vea afectada su escolaridad.		20 minutos
Collage	El collage se realizará en parejas y debe de sustentar la información presentada antes; puede incluir también, propuestas para la mejora de la operación de las aulas.	Cartulinas Tijeras Revistas Pegamento	15 minutos

PEDAGOGA: Ana Laura Romero Rodríguez		TALLER: Arteterapia: Una estrategia de intervención dirigida a nin@s y padres, para trabajar las emociones derivadas de la enfermedad.	
HORARIO: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:00 am a 13:00 pm		GRUPO: Padres de Familia y/o Familiares	
LUGAR: Tercer Piso de U.M.A.E. Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Feund, Centro Médico Nacional Siglo XXI			
TEMA: Emociones SUBTEMA: Acentuando lo positivo			
OBJETIVO DE LA SESIÓN: Ofrecer a la familia, los estímulos necesarios para que transmitan al niñ@ sensaciones emocionales positivas, y fortalecer e incrementar su autoestima, mediante la escultura.			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Juego de Afirmación	Este juego fortalece y estrecha el acercamiento entre los participantes, favorece la seguridad personal y la autoestima, y servirá como introducción de la siguiente actividad. Es titulado "Afirmaciones en el espejo", el cual consiste en escribir entre cinco a diez cosas que nos gusten de nosotros mismos, después hay que mirarnos en el espejo y repetir las afirmaciones escritas en la tarjeta.	Tarjetas Bolígrafo Plumones Espejos	10 minutos
La Autoestima y la Motivación	Los contenidos a exponer en esta actividad, tienen que ver con el concepto, formación y desarrollo de la autoestima, los elementos para construir una autoestima positiva, y la modificación de nuestras creencias para aumentarla. También se abordan contenidos sobre la motivación y los objetivos que planteamos en nuestra vida.		15 minutos
¿Cómo me veo?	La escultura, será la estrategia para poder trabajar esta actividad. Para efectos de esta actividad, se indicará a los padres que cierren sus ojos en toda ella; se pondrá música de fondo que propicie un ambiente agradable y confortante, y que permita además la liberación de la ansiedad y estrés acumulados. Una vez que estén relajados, se les pedirá que empiecen a moldear la plastilina de acuerdo a lo que sus manos y emociones realicen.	Barra de plastilina Música relajante	15 minutos
Reflexionando	Ya con el producto obtenido, los padres podrán abrir sus ojos y ver su obra de arte; analizarán la relación que ésta pueda tener, de acuerdo con lo que en ese momento sienten. Si consideran necesario compartir la experiencia, se otorgará el tiempo suficiente para que lo hagan.		10 minutos

CONCLUSIONES

**...No hay medicina que cure lo que no cura la felicidad.
-Gabriel García Márquez-**

Los avances hacia la inclusión educativa en México han sido notorios en los últimos años, pese a ellos y a todos los programas que se han desarrollado e instrumentado en México en búsqueda de ésta y de la equidad, un grupo que no había recibido atención en la política educativa, era precisamente el de los niñ@s que pasan por tiempos prolongados en el hospital por cuestiones de salud y que por esta razón, no pueden asistir en forma regular a una institución educativa tradicional.

El camino que ha tomado México para diseñar y operar un programa nacional a través del cual se suministran servicios educativos a niñ@s hospitalizados o que viven con enfermedad, es el resultado de la decisión de los sectores de educación y salud, de generar un programa nacional y específico para atender las necesidades educativas de este grupo poblacional.

La Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud y el INEA se unen, para poner en marcha el programa sigamos aprendiendo... en el hospital. El propósito que dio origen al programa, es reducir el riesgo de atraso escolar en niñ@s y jóvenes que tienen que hospitalizarse a consecuencia de padecimientos, que los incapacitan de forma temporal o definitiva para asistir a una escuela regular y ofrecerles la oportunidad de continuar sus estudios durante este lapso. El Programa junto con las Instituciones de Salud y la Secretaría de Educación Pública permiten financiar la operación de las aulas hospitalarias e incluirlas en el sistema nacional de educación y reconocerlas como escuelas públicas, para la certificación y continuidad de los estudios.

La escuela de hoy tiene que estar preparada para dar la bienvenida y no para discriminar a niñ@s procedentes de otras culturas, a niñ@s que han sobrevivido a una enfermedad o que arrastran las secuelas de la que han pasado ya o que están en diferentes fases del tratamiento y que periódicamente tienen que permanecer en casa o

ingresar en el hospital; pues ésta es concebida como un lugar socialmente definido en las que se entra en contacto con nuestro igual y en donde creamos y establecemos nuestro rol, mediante la relación que establecemos con los otros.

La escuela junto con la familia, constituyen el medio natural donde los niñ@s en edad escolar se desenvuelven; siendo la escolarización, la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización, porque la educación implica esencialmente el considerar al ser humano como un sistema único, valioso e irrepetible para realizar y alcanzar el ejercicio pleno de todas sus potencialidades: biológicas, psicológicas, intelectuales y, especialmente, sociales.

Cualquier contexto, situación o hecho en el que las personas aprenden, debe contemplar la singularidad de éstas, adaptarse para que puedan alcanzar un pleno desarrollo, preparar para la vida y comprenderla en su esencia para que tenga siempre un sentido común para el ser humano y sea una incesante motivación de esfuerzo, lucha, entusiasmo y satisfacción.

Todos los niños, independientemente de su estado de salud, tienen necesidades básicas por cubrir, siendo una de ellas es la educación; y en el caso específico de los niñ@s hospitalizados, es necesario contar con un servicio educativo especializado, independientemente de la atención médica que esté recibiendo, ya que estas circunstancias (hospitalización) pueden conducirlo a presentar necesidades educativas especiales, debido al retraso y/o deserción escolar.

Educar en la enfermedad, requiere de una visión y de un pensamiento holístico, global, integral, evolutivo y procesual; intenta disminuir, compensar y curar los efectos de la enfermedad en el niñ@ y su entorno familiar, contrarrestando en lo posible los efectos derivados de la permanencia en el hospital.

La pedagogía hospitalaria cuenta con una acción multidisciplinaria que permite la normalización de la vida escolar del niñ@ enfermo, para afrontar las situaciones conflictivas que vive o vivirá; a través del desarrollo de habilidades cognitivas y

herramientas, que permitan un rendimiento académico y mejora de su estado emocional y afectivo, a fin de afrontar de la manera más adecuada su situación y por consiguiente, coadyuvar a una calidad en su salud, educación y relaciones sociales. La orientación y atención constituye una pieza imprescindible en la evolución del niño enfermo y su familia, que obligatoriamente debe ser incluida en el contexto hospitalario.

A medida que aumente la posibilidad de implantar programas, el principal estímulo debe surgir del propio hospital; aunque las necesidades médicas sean prioritarias, la atención a la familia es sin duda un elemento a tener en cuenta porque el paciente pertenece a un grupo familiar.

Los resultados obtenidos de la aplicación de los test, evidenciaron la necesidad de atender de manera urgente las emociones en ambos casos, pero sobre todo en los padres; pues revelan datos alarmantes sobre la posible relación y repercusión de sus emociones negativas sobre las de sus hijos (aunque no está comprobada).

Es por esto, que se hace necesaria una educación emocional con el fin de transmitirles tranquilidad y apoyo, crear un clima de confianza, reducir el miedo y ansiedad, generar en ellos actitudes sanas; todo esto fomentado desde la expresión emocional y del potencial creativo e imaginativo, y ayudándoles en la adaptación al proceso hospitalario.

Lo anterior conlleva al aumento de la confianza en sí mismos, logrando así realizar de forma adecuada diferentes tareas: educativas, personales, sociales, recreativas y de salud. Intenta disminuir los niveles de angustia, ansiedad, temor, dolor, estrés, enojo, tristeza... porque permiten una mejor comprensión de la enfermedad, el tratamiento y el cuidado de sí. Además permite que se establezcan relaciones sanas entre los padres, el personal médico, pedagogos y demás profesionales de la educación.

Solo la pedagogía social y los modelos socioeducativo y psicopedagógico, permitirán al niño que cuente con una puerta de salida para la expresión de sus sentimientos, emociones, preocupaciones y temores a través de diversas formas de comunicación,

como lo son las conversaciones con terceros significativos, el juego y el arteterapia en cualquiera de sus formas.

Es por esto, que la descripción de las sesiones mencionadas en el capítulo 6 (páginas 146-151), son solo un modelo para la elaboración de otras nuevas, pues en mi opinión, es necesario y se debe trabajar más a fondo las emociones tanto en los niños como en los padres. Pero solo la práctica permitirá en lo sucesivo, ir tratando de la manera más adecuada y profunda cada una de ellas.

Para finalizar, la educación en el medio hospitalario implica grandes retos para mejorar día a día la calidad de la atención, pero también representa grandes logros y satisfacciones que resaltan la importancia de considerar los elementos indispensables en la mejoría y motivación de los niñ@s enfermos y sus padres. Es uno de los ámbitos que hoy requiere un renovado esfuerzo.

Todas las iniciativas para niñ@s que viven con enfermedad, así como sus familias, deben necesariamente enmarcarse en la inclusión educativa a fin de garantizar que forman parte de una sociedad igualmente incluyente. Esto implica el desarrollo de procesos que fortalezcan los espacios y la comunidad escolar, de modo que se favorezca la incorporación de estos individuos, para así garantizar que todas las personas puedan y tengan la oportunidad de asistir a la escuela.

Es imprescindible dar respuesta a las necesidades de los niñ@s y jóvenes hospitalizados como sociedad solidaria y respetuosa de la diversidad, comprometidos con ellos para tener una igualdad de oportunidades, acceso al conocimiento y al ejercicio de sus derechos.

Por otro lado, esta experiencia obliga a profundizar en próximas actuaciones el carácter pedagógico y social, solo así la atención educativa profesional contribuirá a aumentar la calidad de vida del niñ@ o adolescente y a una buena educación emocional, no sólo del enfermo sino de todos nosotros como seres que sentimos. Lo que lleva a afirmar que se

debe trabajar en equipo, pues cada uno aporta desde su propia experiencia y conocimientos.

Para cerrar y sustentar lo expuesto a lo largo de ésta investigación y conclusiones, cito a Olga Lizasoáin: “El que no entienda que una persona ingresada en un hospital tiene unas necesidades de atención que van más allá de lo médico-físico; que un niño en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros niños; el que no entienda que un niño con pronóstico fatal tiene derecho a seguir aprendiendo, interesándose por las cosas, realizando actividades, jugando; el que no entienda que esos padres con un hijo enfermo tienen necesidad de orientación... sencillamente tiene una concepción errónea o parcial de lo que es la vida” (Lizasoáin, 2000).

ANEXOS

Para los Niños (Anexo I)

ESCALA ANÁLOGA VISUAL DE ANSIEDAD

Mide la intensidad del dolor se gradúa en intervalos con etiquetas numéricas y/o verbales. En este caso combina las dos, teniendo una escala numérica de 1 a 10 en la que los niños evalúan su ansiedad y estrés; mientras más se acerque a la unidad, a 1, el nivel de ansiedad será severo y si se sitúa en 10, habrá ausencia de éste.

Es un instrumento de tipo gráfico que utiliza representaciones visuales concretas del *continuum* de dolor: rostro feliz y rostro triste. Permite la evaluación de la ansiedad y estrés, en niños mayores de 3 y menores de 8 años.

Su principal ventaja para su uso con los niños, es que no requiere que estos entiendan los números o las palabras asociadas a la ansiedad y estrés derivados del proceso de enfermedad, pero si lo que representa el dibujo.

Las formas en que se evaluó este instrumento para su análisis, fue mediante la asignación de categorías a los niveles de dolor correspondientes a:

- 1: Pánico, 2: Ansiedad Severa, 3: Ansiedad Moderada, 4: Ansiedad Leve, 5: Indicios de Ansiedad, 6: Preocupación, 7: Estrés Severo, 8: Estrés Moderado, 9: Estrés Leve y 10: Sin problema alguno.

También se evaluó con ayuda de la observación, empleada durante la aplicación del mismo y para el análisis de los resultados obtenidos.

NOMBRE _____



ESCALA DE DIBUJOS FACIALES

Consta de un cierto número de caras, con distintas expresiones de malestar graduadas de forma ascendente.

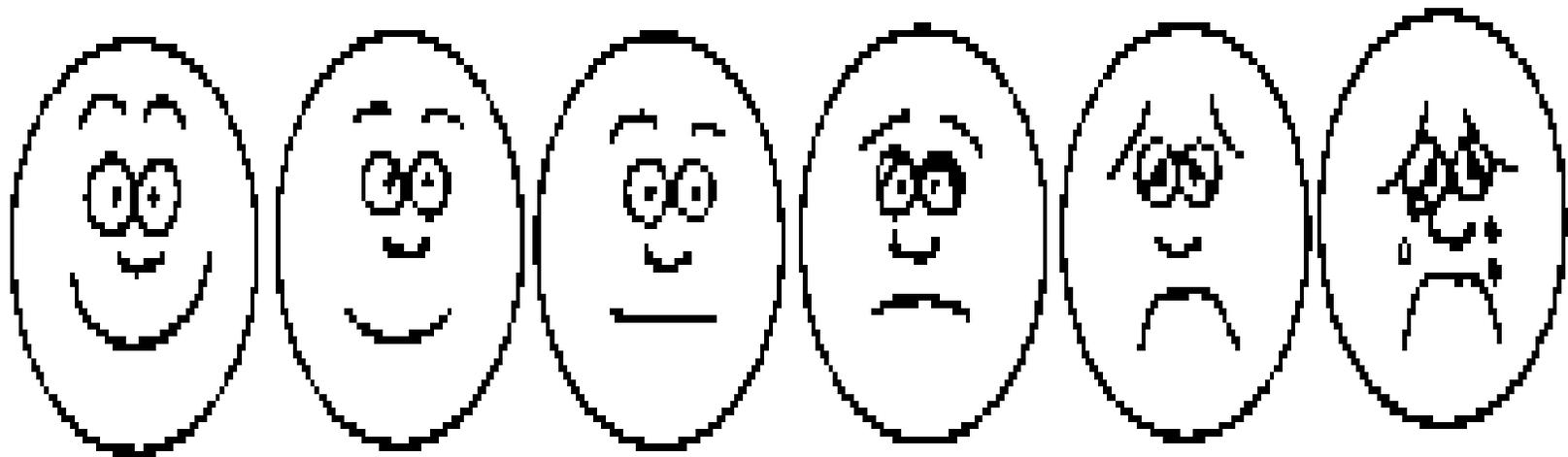
Para su uso se pide al niñ@ que imagine que las caras corresponden a cuando está pasando algún evento traumático o difícil para él/ella, para que después indique la cara que mejor refleje el nivel y/o grado de dolor y ansiedad que vive con su enfermedad.

Para su evaluación se realizaron seis categorías diferentes, que permitieron su análisis y son las siguientes:

- 1: Sin malestar
- 2: Dolor Leve
- 3: Dolor Medio
- 4: Dolor Moderado
- 5: Dolor Severo
- 6: Dolor Crítico.

Al igual que la Escala Análoga Visual de Ansiedad, se hizo uso de la observación (como parte de las técnicas empleadas en la metodología de la investigación) durante la aplicación del instrumento y para poder obtener los resultados finales y el análisis de los mismos.

NOMBRE _____



TEST DE ESTRÉS PARA PADRES DE NIÑOS SANOS Y ENFERMOS

Para su evaluación se utilizó el método de Likert, cada pregunta se puntúa del 1 al 4, de forma que la puntuación menor se corresponde con el peor estado psicológico. Dentro del cuestionario, se identifican cuatro apartados:

- Ansiedad o preocupación de los padres acerca de la educación de sus hijos (preguntas 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), Ansiedad de los padres (preguntas 1, 4, 5, 10), Falta de tiempo personal de los padres (preguntas 3, 6, 7, 8) y Dependencia de terceras personas (preguntas 2, 11, 12, 26, 26, 27, 28, 29, 30).

La máxima puntuación del test será de 120 para los distintos apartados:

- Ansiedad o preocupación respecto a la educación de los hijos: 52, Ansiedad de los padres: 16, Falta de tiempo personal: 16 y Dependencia de terceras personas: 36.

Para la evaluación del mismo, se obtuvieron dos resultados distintos: El primero se realizó de acuerdo a la sumatoria particular (de cada uno de los padres) sobre la sumatoria general de las cuatro categorías mencionadas antes, y el total de ambos revela los datos que son preocupantes, es decir:

Suma particular (escala Likert: 1 a 4) de apartado falta de tiempo: 12 (por ejemplo)
Suma general apartado de falta de tiempo: 16 (total de incisos en el test)

Y la Segunda, se realizó a partir de la agrupación en nueve categorías de los distintos reactivos y para la sumatoria, se hizo el mismo procedimiento descrito arriba:

- E: Estrés (pregunta 1.), T: Tiempo (preguntas 2, 3, 5, 6, 7, 8), D: Descanso (pregunta 4), P: Preocupación (preguntas 9, 13, 14, 15, 16, 17, 24), PE: Pena por sí mismo (pregunta 10), DI: Diversión (pregunta 11), DP: Dependencia (preguntas 18, 19, 20, 21, 22, 23), C: Comunicación (preguntas 25, 26) y AP: Apoyo (preguntas 27, 28, 29, 30).

NOMBRE _____

Debe contestar cada una de las frases con un número, según la puntuación siguiente:

1= Siempre

2= Casi siempre

3= A veces

4= Nunca

1. Siento los hombros tensos, la cabeza pesada o los ojos cansados
2. Me gustaría estar solo (a)
3. No tengo tiempo para salir o hablar con mis amigos cuando quiero
4. Me gustaría poder descansar, al menos un rato de vez en cuando
5. Me siento agobiado (a) por el tiempo, sin ningún momento para relajarme
6. No tengo tiempo para hacer lo que quiero
7. Me gustaría tener más tiempo personal
8. Me siento irritado y/o enfadado, porque ni tengo tiempo para mí
9. Pienso continuamente en mi hijo (a), incluso cuando estoy fuera de casa, por lo que es difícilmente sentirme relajado
10. Me comparo involuntariamente con otras madres y/o padres
11. Me gustaría salir fuera o hacer algún actividad con mi familia, pero no es fácil de hacer
12. Me gustaría recibir palabras agradables de mi familia y parientes
13. Me siento nervioso (a) por el estado de mi hijo (a)
14. Me preocupa el hecho de que mi hijo (a) mantenga la misma salud o pueda empeorar
15. Creo que el crecimiento y desarrollo de mi hijo (a), está retrasado
16. Me preocupa saber si mi hijo (a) va a ser independiente algún día
17. No puedo dejar al niño (a), que intente hacer algunas cosas que hacen los niños sanos
18. El niño (a) no puede hacer nada, sin que yo esté a su lado
19. Cuido más al niño (a) afecto, que a sus hermanos
20. El niño (a) puede tomar partes en juegos o actividades propias de su edad
21. El niño (a) no ha adquirido los hábitos correspondientes a su edad
22. El niño (a) no se ha desarrollado de igual manera que sus otros hermanos
23. Respondo de forma inadvertida, mimando al niño (a)
24. No puedo tener una meta futura para el niño (a)
25. No puedo discutir acerca del crecimiento/desarrollo de mi hijo (a) con mi pareja
26. Mi pareja no entiende mis sentimientos
27. Mi pareja no me ayuda
28. Mi pareja no juega con el niño
29. Me gustaría que mi pareja visitara al niño (a) con más frecuencia
30. Mi pareja no me aporta apoyo espiritual

ENTREVISTA A PADRES PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Está constituida por cuatro apartados: Datos socio-demográficos del consultante, Anamnesis del desarrollo, Consideración de aspectos adaptativos e Indicadores de sintomatología asociada a trastornos psicopatológicos e Indicadores de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Con el levantamiento de este estudio sociodemográfico, se realizaron tres categorías que permiten una descripción cuantitativa de la condición emocional, personal y social que viven los padres durante el proceso de enfermedad de sus hij@s; y una cualitativa, haciendo uso de la observación durante la aplicación de la entrevista, como técnica para poder evaluarla.

Mientras mayor sea el valor otorgado en cada una de las categorías, los niveles de estrés estarán más cercanos a su límite.

- Actitud: 1: Normal, 2: Regular y 3: Nerviosa.
- Ansiedad: 1: Sin Ansiedad, 2: Ansiedad Leve, 3: Ansiedad Moderada y 4: Ansiedad Aguda.
- Preocupación: 1: Sin Preocupación, 2: Preocupación Leve, 3: Preocupación Moderada, 4: Preocupación Crítica y 5: Estrés.

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS					
Nombre:					
Fecha de Nacimiento:				Lugar de Nacimiento:	
Lugar de Residencia:					
Escolaridad:					
Composición Familiar					
<i>Vínculo</i>	<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Nivel Educativo</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Convive</i>
Padre:					
Madre:					
Hno/a:					
Otros:					
Si ¿Cuáles?					
Motivo de Consulta					
Antecedentes heredo - familiares de enfermedades relevantes:					
<i>Si, ¿Cuál/Cuáles? Tipo de enfermedad y tipo de vínculo</i>					

2. ANAMNESIS				
<i>Embarazo (preguntar por la madre de su hijo en caso de entrevistar al padre o tutor)</i>		SI	NO	Observaciones
1*	¿Tuvo pérdidas en el embarazo de su hijo?			
	Si ¿Le indicaron reposo?			
	¿Durante cuánto tiempo?			
2*	¿Aumentó más de 12 kilos de peso?			
3*	¿Perdió más de 5 kgs.? (no por dietas indicadas)			
4*	¿Tuvo infecciones que requirieron intervención médica?			
	Si ¿De qué tipo?			
5*	¿Otras enfermedades/síntomas por los que consultó al médico? (Presión alta, Traumatismos, Enfermedades eruptivas, etc.)			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
6*	¿Tomó alguna medicación? (No considerar hierro, vitaminas)			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
7*	¿Problemas emocionales por los que haya tenido que consultar?			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
8	¿Problemas familiares serios que la preocuparon			
9*	¿Fumó al menos 20 cigarrillos diarios durante el embarazo?			
10*	¿Tomó bebidas alcohólicas en exceso durante los 3 primeros meses del embarazo?			
11*	¿Consumió drogas no prescritas tales como marihuana, cocaína,			
	Si ¿Cuál, cuáles?			

Nacimiento		SI	NO	Observaciones
12*	¿Tuvo algún problema en el parto de su hijo? (Fórceps, cesárea, etc.)			
	Si ¿Cuál/cuáles?			
Post-parto		SI	NO	Observaciones
13*	¿Cuánto pesó al nacer?			
14*	¿Estuvo en incubadora?			
	Si ¿Durante cuánto tiempo?			
15*	¿El bebé, quedó internado después que le dieron el alta a la madre?			
	Si Motivo			
	¿Fue intervenido quirúrgicamente?			
Primeros 12 meses de vida		SI	NO	Observaciones
16	¿Tuvo problemas para amamantarse?			
17*	¿Era demasiado tranquilo y no respondía mucho a la atención?			
18*	¿Lloraba día y noche sin calmarse?			
19*	¿Notaba que se ponía rígido cuando lo tomaba en brazos?			
20*	¿Estaba flojo y/o flácido cuando lo tomaba en brazos, sin acercarse o responder?			
	Si a los ítems anteriores, ¿Consultaron por esto? Diagnóstico, Indicación dada			
21	¿Presentó algún otro problema?			
	Si Describir			
Desarrollo temprano		Edad en meses		Observaciones
¿A qué edad aproximada (en meses) logró las siguientes adquisiciones?				
22	Sostuvo la cabeza			Esperable: 3
23	Se sentó			Esperable: 7 – 10
24	Gateó			Esperable: 7 – 10
25	Caminó			Esperable: 10 –
26	Usó palabras que significan algo			Esperable: 18 –
27	Usó oraciones			Esperable: 24 –
28	Aprendió a pedir ir al baño para orinar			Esperable: 24 –
29	Aprendió a pedir ir al baño para defecar			Esperable: 30 –
30	Corrió			Esperable: 36 –
31	Saltó con las dos piernas			Esperable: 24 –
Alteraciones severas actuales:		SI	NO	Observaciones
32*	¿Ha desarrollado el lenguaje o se hace entender?			
33*	¿Mantiene la boca abierta y babea con frecuencia?			
34*	¿Puede caminar solo/a sin asistencia?			
35*	¿Tiene dificultades para controlar sus brazos o piernas?			
Antecedentes Médicos:		SI	NO	Observaciones
36	¿Ha tenido enfermedades típicas de la infancia, tales como gripes, anginas, varicela, paperas, escarlatina, etc.?			
	Si ¿Cuál/Cuáles? (Edad)			
	¿Dejó Secuelas?*			
37	¿Se queja de dolores de cabeza o estómago con frecuencia?			
38	¿Es frecuente que tenga resfríos, gripe, dolor de oídos o lastimaduras?			
39	¿Tiene problemas de digestión o constipación?			

40*	¿Tiene problemas en la vista?			
	Si ¿Qué problema tiene?			
	Si ¿Desde cuándo?			
	Si ¿Usa anteojos?			
41*	¿Tiene problemas en la audición?			
	Si ¿Qué problema tiene?			
	Si ¿Desde cuándo?			
	Si ¿Usa audífonos?			
42*	¿Se cae o lastima frecuentemente?			
43	Cuando está cansado o enfermo ¿disminuye su actividad?			
44	Si se siente enfermo o con dolor ¿pide ayuda o asistencia?			
Otras Enfermedades		SI	NO	Observaciones
45*	¿Ha presentado o presenta algún tipo de enfermedad genética, neurológica, física, inmunológica, endocrinológicas,			
	Si ¿Cuál/Cuáles? ¿A qué edad? ¿Duración?			
	Tratamiento			
	Remisión Total/parcial			
	¿Dejó secuelas?			
	Antecedentes Heredo-familiares			
	Si ¿Cuál/Cuáles? Vínculo			
46*	¿Estuvo alguna vez internado?			
	Si Motivo / Diagnóstico Médico			
	Cantidad de días			
	Tratamiento indicado			
47*	¿Fue intervenido quirúrgicamente?			
	Si Motivo / Diagnóstico Médico			
	Tratamiento indicado			
Escolaridad		SI	NO	Observaciones
48*	¿Asistió a Jardín de Infantes / Guardería?			
	Si ¿Desde qué edad?			
49*	¿Asiste a la escuela?			
	No Asiste ¿Desde Cuándo?			
	Motivo			
50	Nivel de Escolaridad Actual:			
	Tipo de escolaridad:	Pública	Privada	
	Tipo de Jornada:	Simple	Doble	
51*	¿Ha tenido o tiene maestra integradora?			
	Si Motivo			
52*	¿Ha asistido o asiste a una Escuela de Educación Especial?			
	Si Motivo			
53*	¿Repitió algún grado/año?			
	Si ¿Cuál/Cuáles?			
54*	¿Ha recibido o recibe clases de apoyo escolar?			
	Si ¿Desde cuándo?			
			¿Con qué frecuencia?	
55*	¿Ha tenido o tiene asistencia Psicopedagógica/Psicológica?			
	Si ¿Desde cuándo? Motivo			
Lateralidad		Izquierda	Derecha	Observaciones
56	¿Con qué mano escribe o hace las cosas?			

Personas a cargo del cuidado de su hijo/a		SI	NO	Observaciones
57*	¿Alguna vez vivió, estuvo a cargo de personas que no fueran los padres?			
	<i>Si ¿quién lo/la cuidaba?</i>			
	<i>Si ¿cuánto tiempo duró esa situación?</i>			
58	¿Quiénes lo/la cuidan habitualmente? Evaluar si hubo cambios frecuentes en las personas que lo cuidan			
59*	¿Alguna vez detectaron problemas, tales como maltrato, golpes o gritos por parte de la/las personas que lo/la cuidan/cuidaban?			
	<i>Si Describir</i>			

3. AREAS ADAPTATIVAS:				
3.1 NIÑOS (3 a 12 años)				
Autonomía		SI	NO	Observaciones
<i>Higiene</i>				
N.1	¿Puede bañarse solo/a?			
N.2	¿Se lava las manos antes de comer?			
N.3	¿Se cepilla los dientes con frecuencia?			
N.4	¿Se peina solo, sin que se lo indiquen?			
N.5	Cuando va al baño ¿se limpia adecuadamente?			
<i>Vestimenta</i>				
N.6	¿Se viste y se desviste sin ayuda?			
N.7	¿Se pone zapatos o zapatillas sin asistencia?			
N.8	¿Elige solo/a la ropa con que se viste diariamente?			
<i>Utilización de recursos comunitarios</i>				
N.9	¿Puede hacer pequeños recorridos por el barrio sin perderse?			
N.10	¿Puede hacer mandados él/ella solo/a?			
N.11	¿Viaja en colectivos, trenes o subtes?			
N.12	¿Va a algún club o centro cultural?			
N.13	Si es necesario ¿sabe cómo llamar a la policía, la ambulancia o los bomberos?			
<i>Seguridad</i>				
N.14*	¿Suele quemarse con la comida, con las ollas o estufas?			
N.15*	¿Es cuidadoso/a con los enchufes o aparatos eléctricos?			
N.16*	¿Antes de cruzar una calle, se fija si vienen autos?			
N.17	¿Respeta semáforos o señales de tránsito?			
N.18*	¿Ha sido detenido, demorado alguna vez por la policía?			
	<i>Si, Describir motivo</i>			
N.19*	¿Ha estado preso por más de 24 hrs. alguna vez?			
	<i>Si, Describir motivo- tiempo detención</i>			
	<i>Si, Preguntar si tiene o tuvo alguna causa judicial</i>			
Vida cotidiana				
<i>Comida</i>		SI	NO	Observaciones
N.20*	¿Habitualmente come las 4 comidas diarias?			
N.21*	¿Come carnes, verduras y frutas variadas?			
N.22*	¿Usa cubiertos para comer?			
N.23	¿Usa cuchillo para cortar?			
N.24*	¿Derrama la bebida o la comida cuando come?			
N.25*	¿Puede beber de tazas y vasos sin ayuda?			

N.26	¿Juega con la comida?			
Sueño				
N.27*	¿Duerme en su propia cama toda la noche?			
N.28*	¿Logra conciliar el sueño sólo?			
N.29*	¿Duerme toda la noche seguida?			
	No ¿Por qué se despierta?			
	No ¿Le cuesta volverse a dormir?			
N.30	¿Duerme siesta?			
N.31	¿Ronca o habla dormido?			
N.32	¿Se despierta muy tarde si se le deja dormir?			
N.33*	¿Tiene pesadillas?			
	Si ¿Desde cuándo?			
N.34*	¿Tuvo de más pequeño/a problemas para dormir?			
	Si ¿Cuándo?			
	Si ¿Por cuánto tiempo?			
	Si ¿Había algún motivo en particular?			
Ayuda en el hogar				
N.35	¿Ordena su cuarto/sus pertenencias?			
N.36	¿Ayuda en tareas del hogar? Por ejemplo poner la mesa, barrer, ordenar, regar las plantas, cortar el pasto.			
Habilidades sociales / interpersonales		SI	NO	Observaciones
N.37*	¿Tiene amigos de su edad?			
N.38*	¿Lo invitan a cumpleaños o fiestas?			
N.39*	¿Juega con otras personas?			
N.42*	¿Comparte juguetes u objetos con otros?			
N.43*	¿Comenta cosas de su día o intereses con otros?			
N.44*	¿Ofrece ayuda o asistencia a los demás?			
N.45*	¿Cuida que las cosas de los demás no se pierdan o rompan?			
N.46*	¿Le gusta participar en actividades grupales?			
N.47	Utiliza frases con "por favor" o "gracias"?			
Humor				
N.48*	¿Se enoja o se pone de malhumor con frecuencia?			
N.49	Si está enojado/a ¿intenta cambiar su humor? (por ejemplo intenta jugar, hacer algo que le guste o apartarse para calmarse)			
Aptitudes funcionales		SI	NO	Observaciones
<i>Preguntar a partir de la Escolaridad Primaria</i>				
N.50*	¿Puede leer la hora correctamente en un reloj de agujas?			
N.51	¿Asocia la hora con alguna actividad o evento (programa de TV, recreo)?			
N.52*	¿Diferencia los distintos valores de billetes o monedas?			
N.53*	¿Puede controlar los vueltos correctamente?			
N.54*	¿Escribe notas o recados en la casa?			
N.55*	¿Llama por teléfono a familiares, amigos u otros lugares?			
N.56*	Si dejan un mensaje por teléfono, ¿se acuerda de comunicarlo?			
N.57*	¿Puede recordar su dirección y teléfono?			
N.58*	¿Ahorra dinero para alguna actividad o compra en particular?			
Escuela / Trabajo		SI	NO	Observaciones
N.59*	¿Le gusta ir a la escuela?			
N.60*	¿Se lleva bien con sus compañeros?			
N.61*	¿Se lleva bien con las maestras?			

N.62*	¿Completa las tareas que se le asignan?			
N.63*	¿Es necesario que se le recuerde lo que tiene que hacer para el colegio?			
N.64*	¿Pide ayuda para las tareas?			
N.65	¿Suelen retarlo para que haga la tarea?			
N.66*	¿Cuida sus útiles?			
N.67	¿Es prolijo/a (minucioso)?			
N.68*	Si aparece una dificultad en lo que hace ¿suele abandonarlo en enseguida?			
	<i>Si ¿Se enoja, hace berrinches, se malhumora? Describir</i>			
N.69	¿Muestra interés por alguna materia o área en particular?			
N.70	¿Qué le gustaría hacer cuando sea grande?			
N.71*	¿Trabaja o ha trabajado alguna vez?			
	<i>Si ¿Desde cuándo, cuántas horas por día, a dónde?</i>			
Ocio				
Juego		SI	NO	Observaciones
N.72	¿A qué juega habitualmente?			
N.71	¿Inventa personajes o situaciones cuando juega?			
N.74*	¿Puede jugar solo?			
N.75*	¿Invita a otros a jugar (padres, amigos)?			
N.76*	Si juega con otros ¿respeto las reglas del juego?			
N.77	¿Tiene juguetes o juegos preferidos?			
Deportes				
N.78	¿Practica algún deporte fuera del colegio?			
	<i>Si ¿Cuál?</i>			
	<i>Si ¿Cómo se desempeña?</i>			
	<i>Si ¿Lo eligió él/ella?</i>			
Hobbies y actividades de esparcimiento				
N.79	¿Tiene algún hobby o actividad por fuera del colegio?			
	<i>Si ¿Cuál?</i>			
	<i>Si ¿Lo eligió él/ella?</i>			
N.80*	¿Organiza actividades para el fin de semana o el tiempo libre fuera del estudio?			
N.81*	¿Propone salidas con la familia o amigos?			
N.82	¿Propone por sí mismo/a ver algún programa o película?			

4. INDICADORES DE TRASTORNOS CLÍNICOS

4.1 INDICADORES DE TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA

Indicadores de Retraso mental		SI	NO	Observaciones
A 1	¿Esta o estuvo en una clase especial?			
	<i>Si ¿En qué tipo de clase?</i>			
	<i>Si ¿Por qué fue derivado allí?</i>			
A 2	¿Repetió algún grado?			
	<i>Si ¿Cuál fue el motivo?</i>			
A 3	¿Alguna vez evaluaron o recomendaron evaluar su inteligencia (CI)?			
	<i>Si ¿Cuál fue el motivo?</i>			
	<i>Si ¿Qué resultados le dieron de la prueba?</i>			

Indicadores de Trastornos del aprendizaje:		SI	NO	Observaciones
<i>Lectura</i>				
4	¿Reconoce todas las letras?			
5	¿Reconoce su nombre o palabras familiares?			
6	¿Puede leer textos sencillos?			
A 7	¿Han notado que tiene dificultades para comprender lo que lee?			
A 8	¿Comprende los libros o textos dirigidos a los chicos de su edad?			
	No ¿Qué libros o textos puede llegar a comprender?			
A 9	¿Ha tenido problemas en la materia de lengua o literatura?			
	Si ¿cuál problema?			
	Si ¿lo ha podido superar?			
<i>Cálculo</i>				
10	¿Reconoce todos los números?			
11	¿Puede hacer cálculos sencillos?			
A 12	¿Ha tenido problemas en matemática?			
	Si ¿cuál problema?			
	Si ¿lo ha podido superar?			
<i>Expresión escrita</i>				
13	¿Puede escribir todas las letras correctamente?			
14	¿Da vuelta, confunde u omite letras?			
	Si. ¿Cuáles			
15	¿Escribe palabras diferentes a su nombre?			
16	¿Escribe oraciones?			
A 17	¿Puede redactar un párrafo sencillo?			
A 18	¿Puede escribir cuentos o historias completas?			
A 19	¿Tiene muchas faltas de ortografía?			
No a cualquiera de los 7 ítems indicadores de Trastorno de la expresión escrita ¿Esto le trae problemas en el rendimiento en la escuela u otras áreas de la vida diaria?				
Indicadores de Trastorno de coordinación en el desarrollo:		SI	NO	Observaciones
20	¿Puede mantenerse de pie sin problemas?			
A 21	¿Observó alguna dificultad en el caminar o en el equilibrio			
	Si ¿Qué dificultad?			
	Si ¿con que frecuencia o por cuánto tiempo?			
A 22	¿Puede subir escaleras sin dificultad?			
A 23	¿Sabe andar en bicicleta o triciclo?			
A 24	¿Puede patear una pelota?			
A 25	¿Puede pasar un objeto con las manos? (tirar una pelota o similar)			
A 26	¿Se le caen los objetos con frecuencia?			
A 27	¿Se choca con las cosas a menudo (ejemplo, puertas, mesas, sillas)?			
Indicadores de Trastornos de la comunicación:		SI	NO	Observaciones
<i>Lenguaje expresivo/ receptivo-expresivo</i>				
28	¿Puede comunicar a otros, ya sea por el lenguaje o con gestos lo que quiere o necesita?			
A 29	¿Comprende adecuadamente órdenes o frases sencillas?			
A 30	¿Nota dificultades en el habla de su hijo/a?			
	Si ¿Qué dificultad?			
	Si ¿con que frecuencia se da?			
A 31	¿Su vocabulario es escaso o pobre? (siempre utiliza las mismas palabras o no sabe cómo decir algunas cosas)			

A 32	¿Puede decir frases complejas, por ejemplo “me gustan las tortas de chocolate y nuez”, “a la tarde quiero ir a la plaza a jugar con mis amigos” o “no es cierto lo que dijo tal, lo que paso fue que”?			
A 33	¿Se da cuenta cuando alguien está enojado o se le niega algo?			
A 34	¿Notó alguna dificultad para comprender algún termino específico? (por ejemplo cuando se refiere a lugares o tiempos)			
	Si ¿Qué dificultad?			
Indicadores de Trastorno fonológico				
A 35	¿Pronuncia bien las palabras?			
	No ¿qué errores comete?			
A 36	¿Sustituye un sonido por otro? Por ejemplo dice ‘elepante’ en vez de elefante o ‘tuto’ en vez de susto o bien no dice bien la “r”			
	Si ¿qué sonidos confundo?			
A 37	¿Omite algún sonido cuando habla? Por ejemplo dice ‘poque’ en vez de porqué, o ‘peta’ en lugar de puerta o bien omite las “s” del final de las palabras.			
	Si ¿qué errores comete?			
Tartamudeo				
A 38	¿Nota que habla más lento que los demás?			
A 39	¿Repite sonidos o sílabas cuando habla? Por ejemplo ‘va.va.vamos’			
A 40	¿Cuándo habla, da la impresión que se corta o interrumpe?			
A 41	¿Nota que tartamudea?			
Si a cualquiera de los 4 ítems de tartamudeo ¿esto le trae problemas en el rendimiento en la escuela u otras áreas de la vida diaria?				
Indicadores de Trastorno Generalizado del Desarrollo				
Interacción social – Comportamientos no verbales		SI	NO	Observaciones
A 42	¿Mira a los ojos cuando habla u otros le hablan?			
A 43	¿Expresa sentimientos con sus gestos o su cara?			
A 44	¿Cuándo habla con alguien nota que se acerca demasiado?			
A 45	¿Se interesa por otros niños o jóvenes cercanos a su edad?			
A 46	¿Si a él o ella le interesa algo, se lo comunica de algún modo? Por ejemplo le muestra algo de una revista o programa, le acerca un juguete que llamo su atención o le cuenta algo del colegio.			
A 47	¿Puede señalar, usar su dedo índice para señalar, pedir o mostrar algo que llamo su atención?			
Reciprocidad social				
A 48	¿Cambia la conducta de su hijo/a si usted u otra persona importante esta triste o enojada?			
A 49	¿Muestra interés si otra persona llora o se lastima?			
Comunicación				
A 50	¿Cuándo quiere comunicar algo, acompaña lo que dice con gestos o mímica?			
A 51	¿Nota que tiene dificultades para iniciar o mantener una conversación con otros?			
A 52	¿Habla siempre de las mismas cosas o temas?			
A 53	¿Cuándo habla parece extranjero, de otro país o con términos de personajes de la televisión?			
A 54	¿Parece más grande (de edad) cuando habla o tiene habla pedante?			
A 55	¿Al hablar parece un robot?			

A 56	¿Se enoja cuando alguien le corrige si es que inventó una palabra o dice las cosas de forma diferente al resto?			
A 57	¿Repite frases o palabras oídas anteriormente, sin que tengan conexión con el momento en que las dice?			
<i>Patrones de comportamiento – Juego</i>				
58	¿Puede crear (personajes, situaciones) al jugar? ¿De qué manera?			
59	¿Puede jugar a simular? Por ejemplo a tomar el té, a la mamá, que vender algo, ser un héroe/heroína o usar los juguetes de un modo no estructurado (un auto como mesa o un tablero como pista)			
60	¿Puede jugar con juguetes sin llevarlos a su boca o chuparlos?			
61	¿Su juego es repetitivo, es decir juega siempre a las mismas cosas o le llaman la atención los mismos juguetes?			
A 62	¿Realiza juegos o entretenimientos variados?			
A 63	¿Se enoja si alguien cambia o modifica su juego?			
A 64	¿Puede imitar juegos o acciones?			
<i>Patrones de comportamiento – Intereses</i>				
A 65	¿Realiza acciones repetitivas, sin sentido?			
A 66	¿Tiene rituales o rutinas que no tiene una función aparente?			
A 67	¿Se enoja si se le modifica su rutina, es decir, se resiste a los cambios?			
A 68	¿Sacude sus manos o partes de su cuerpo cuando está nervioso, ansioso o contento?			
A 69	¿Parece como que le interesan más las partes de un objeto que el objeto en sí?			
<i>TGD: Globales</i>				
A 70	¿Ha perdido alguna habilidad adquirida previamente? Por ejemplo caminar, usar las manos, controlar los esfínteres, habilidades sociales. <i>Sí. ¿En qué edad aparecieron los síntomas?</i>			
Indicadores de Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador		<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>Observaciones</i>
<i>Desatención</i>				
A 71	¿Habitualmente comete errores por falta de atención?			
A 72	¿Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o juegos?			
A 73	¿Da la impresión de no escuchar cuando se le habla?			
A 74	¿Le cuesta seguir instrucciones y finalizar tareas o encargos?			
A 75	¿Puede planificar, organizar actividades?			
A 76	¿Deja tareas sin terminar?			
A 77	¿Evita realizar tareas o actividades que requieran prestar atención por mucho tiempo?			
A 78	¿Pierde objetos con frecuencia?			
A 79	¿Se distrae con estímulos sin importancia?			
A 80	¿Es descuidado/a, olvidadizo/a en las actividades diarias?			
<i>Hiperactividad</i>				
81	¿Se para de su silla cuando se pretende que permanezca sentado/a?			
82	¿Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas?			
A 83	¿Mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su silla?			

A 84	¿Tiene dificultades para estar tranquilo/a en momentos de ocio?			
A 85	¿Actúa como si “estuviera en marcha”, es decir no para o que no se queda quieto nunca?			
A 86	¿Habla en exceso?			
Impulsividad				
87	¿Molesta a otros chicos cuando están jugando o en clase?			
88	¿Pide que lo atiendan de inmediato o tiene dificultades para esperar?			
A 89	¿Suele dar una respuesta, antes de terminar de preguntarle?			
A 90	¿Tiene dificultades para esperar su turno?			
A 91	¿Interrumpe o se entromete en actividades o conversaciones de otros?			
Indicadores de Trastorno disocial		SI	NO	Observaciones
A 92	¿Le pega o agrede a otros chicos?			
A 93	¿Roba cosas o trae a la casa cosas que no son suyas?			
A 94	¿Se comporta de forma cruel con los animales o niños, por ejemplo los lastima o hace daño para divertirse?			
A 95	¿Se han comunicado con ustedes desde la escuela o el barrio porque él/ella pegaba a otros o ha roto cosas (vidrios u objetos de valor)?			
A 96	¿Miente con frecuencia?			
A 97	¿Se escapa de la casa o la escuela?			
Si a cualquiera de los 6 ítems de trast. Disocial ¿Son habituales estos problemas?				
Si a cualquiera de los 6 ítems de trast. Disocial ¿Afectan su desempeño en la escuela o su vida en el hogar?				
Indicadores de Trastorno negativista desafiante		SI	NO	Observaciones
A 98	¿Tiene berrinches? (por ejemplo patalea, se tira al piso, llora, grita o tira cosas cuando se le niega algo)			
A 99	¿Discute con los adultos o los desafía de mala manera?			
A 100	¿Obedece si se lo/a reta o se le da una orden?			
A 101	¿Se enoja con facilidad?			
A 102	¿Es rencoroso/a o vengativo/a?			
Si a cualquiera de los 6 ítems de trast. Neg. Desaf. ¿Es habitual o sucede con frecuencia?				
Si a cualquiera de los 6 ítems de trast. Neg. Desaf. ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela o en la casa?				
Indicadores de Trastornos de la ingestión y conducta alimentaria de la infancia o niñez		SI	NO	Observaciones
Pica				
A 103	¿Ha comido alguna vez cosas que no sean alimento como tierra, arena, insectos, pelos, pintura? Si ¿esta conducta duró más de un mes?			
Rumiación				
A 104	¿Han notado si regurgita cuando come, es decir que después de tragar, vuelve a poner la comida en la boca para masticarla nuevamente? Si ¿Desde cuándo lo notan o cuánto tiempo duró esa conducta?			
Indicadores de Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez				
A 105	¿Tiene problemas para comer? Por ejemplo come poco o excesivamente			
A 106	¿Cuándo come se vuelve irritable o difícil de satisfacer?			

A 107	¿Ha tenido pérdidas o aumentos de peso llamativos? <i>Si ¿Hubo algún motivo en especial?</i>			
Indicadores de Trastorno de tics nerviosos <i>Trastorno de la Tourette / Tic motor o vocal crónico / Tic transitorio</i>		SI	NO	Observaciones
A 108	¿Tiene algún tic? Por ejemplo parpadear o guiñar un ojo, torcer la boca, hacer chasquidos con la lengua o algo similar <i>Si ¿Lo hace varias veces al día?</i> <i>Si ¿Desde cuándo lo notan?</i> <i>Si ¿Afecta en algo su vida social o sus actividades diarias?</i>			
Indicadores de Trastornos de la eliminación <i>Encopresis / Enuresis</i>		SI	NO	Observaciones
A 109	¿Ha habido períodos, luego de haber dejado los pañales, donde se hacía pis o caca encima o fuera del baño? <i>Si ¿en la actualidad se repiten estos problemas?</i> <i>Si ¿cuán frecuentes eran esos accidentes?</i> <i>Si ¿estos accidentes se asociaron o se asocian a algún hecho en particular? (por ejemplo comer algo en mal estado, fiebre, o alguna enfermedad en particular)</i>			
Indicadores de Trastornos de ansiedad por separación		SI	NO	Observaciones
110	¿Tiene problemas para quedarse solo/a en una habitación de la casa por un tiempo?			
111	Cuando se va a dormir ¿pide que alguien se quede hasta que se duerma?			
112	¿Se pasa a la cama por la noche?			
113	¿Se queja de dolores de cabeza o de estómago cuando tiene que separarse de ustedes (los padres o seres cercanos) o de la casa por un tiempo?			
A 114	¿Va a la casa de amigos o familiares a dormir?			
A 115	¿Suele preocuparse o expresar miedos si tiene que irse por un tiempo (una tarde o unas horas) de su casa o separarse de alguno de ustedes (los padres o seres cercanos)? <i>Si a cualquiera de los 7 ítems de Trat. Ans. Sep. ¿Cuánto dura el malestar (los miedos, preocupaciones, etc.)?</i> <i>Si a cualquiera de los 7 ítems de Trat. Ans. Sep. ¿Sucede siempre que tiene que separarse o solo a veces?</i> <i>Si a cualquiera de los 7 ítems de Trat. Ans. Sep. ¿Notan que esto afecte su vida cotidiana o su desempeño en la escuela?</i>			
Indicadores de Mutismo selectivo		SI	NO	Observaciones
A 116	¿Se han comunicado de la escuela alguna vez porque su hijo/a no hablaba?			
A 117	Han notado que deja de hablar (no responde o se comunica con señas) en alguna situación particular, por ejemplo en un club o ante ciertos familiares o personas? <i>Si a cualquiera de los 2 ítems de Mutismo Select. ¿Duró más de un mes esa conducta?</i> <i>Si a cualquiera de los 2 ítems de Mutismo Select. ¿Piensan que se puede deber a timidez, dificultades con el idioma o problemas en la pronunciación?</i>			
Indicadores de Trastorno reactivo de la vinculación <i>Tipo inhibido</i>		SI	NO	Observaciones
A 118	¿Es tímido/a o retraído/a en la relación con los demás?			
A 119	¿Le cuesta iniciar conversaciones o juegos con otras personas?			
A 120	¿Es muy desconfiado/a con los demás?			

A 121	Si está enojado/a o triste ¿le molesta que lo consuelen o le hablen?			
<i>Tipo desinhibido</i>				
A 122	¿Se muestra muy confiado/a o amigable con personas que no conoce?			
A 123	¿Se hace amigo/a de gente que apenas conoce?			
<i>Si a cualquiera de los 6 ítems de Trastorno Reactivo de la Vinculación .¿Su conducta era así antes de los 5 años?</i>				
Indicadores de Trastorno de movimientos estereotipados		SI	NO	Observaciones
A 124	¿Notan que hace movimientos reiterativos como por ejemplo balancearse, agitar las manos, golpear con los dedos o dar cabezos?			
A 125	¿Se muerde, se pincha, se corta o se golpea a sí mismo?			
<i>Si a cualquiera de 2 ítems de Trast. Mov. Estereotipado. ¿Estos comportamientos han provocado lastimaduras o lesiones que necesiten de atención médica?</i>				
<i>Si a cualquiera de 2 ítems de Trast. Mov. Estereotipado. ¿Esto ha durado más de un mes?</i>				
<i>Si a cualquiera de 2 ítems de Trast. Mov. Estereotipado. ¿Saben si se debe a alguna enfermedad médica u otra afección?</i>				

4.2 INDICADORES DE OTROS TRASTORNOS DEL EJE I (Se preguntan todos los ítems para todas las edades)				
Indicadores de Trastorno debido a enfermedad médica		SI	NO	Observaciones
126	Preguntar sólo si el joven padece alguna enfermedad médica			
	<i>SI ¿Manifiesta comportamientos muy distintos a los habituales? (Estar muy distraído/a, impaciente, irritable, desorientado/a, estar muy triste o muy excitado/a, desmemoriado/a, quedarse inmóvil, alucinaciones, delirio, problemas en el sueño, y/o disfunción sexual?)</i>			
	<i>SI ¿Con que frecuencia los manifiesta? ¿Cuándo y durante cuánto tiempo?</i>			
	<i>SI ¿Se efectuaron consultas médicas y análisis clínicos?</i>			
	<i>SI ¿Qué resultados arrojaron?</i>			
	<i>SI ¿Esto le trae/trajo problemas en el rendimiento en la escuela u otras áreas de la vida diaria?</i>			
Indicadores de Trastornos Psicóticos		SI	NO	Observaciones
127	¿Tiene su hijo/a ideas equivocadas o persiste en ideas ilógicas?			
128	¿Oye, huele o ve cosas que otras personas no pueden escuchar, oler ni ver?			
129	¿Tiene sensaciones extrañas en su cuerpo?			
130	¿Tiene un discurso desorganizado o incoherente?			
131	¿Se queda quieto/a, en una misma posición por mucho tiempo y/o adopta posturas extrañas?			
	<i>Si a cualquiera de estos ítems: Indagar los siguientes</i>			
	<i>Si: ¿Son consecuencia de fiebre, enfermedad médica o consumo de sustancias?</i>			
	<i>Si ¿Piensa que la gente habla de él/ella, lo/a observa y/o trata de hacerle daño?</i>			
	<i>Si ¿Ha expresado que alguien podía controlar su mente?</i>			

	<i>Si ¿Siente que puede hacer cosas que otros jóvenes de su edad no pueden, por ej. tener poderes especiales?</i>			
	<i>Si ¿Se comporta de modo indiferente o apático?</i>			
	<i>Si ¿Cuándo le ha sucedido? ¿Por cuánto tiempo?</i>			
	<i>Si ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en casa?</i>			
Indicadores de Trastorno del Estado de Ánimo		SI	NO	Observaciones
132	¿Se siente su hijo/a muy triste y/o tiene habitualmente ganas de llorar?			
133	¿Lo/la nota molesto/a, inquieto/a, alterado/a, colérico/a, fastidioso/a, nervioso/a?			
134	¿Está desganado/a, cansado/a sin interés por hacer cosas?			
135	¿Ha expresado que la vida no tiene sentido?			
136	¿Ha estado muy deprimido/a y expresó que no deseaba vivir?			
137	¿Ha intentado quitarse la vida?			
138	¿Cree su hijo/a que algunas cosas suceden por culpa de él/ella?			
139	¿Tiene una valoración pobre de sí mismo/a?			
140	¿Se siente su hijo/a a veces eufórico y con tantas energías que, por ej. duerme menos que lo habitual y no se siente cansado o habla mucho y rápido?			
141	¿Manifiesta sentirse muy acelerado/a o enlentecido/a para pensar y/o hacer cosas?			
142	¿Expresa que tiene dificultades para concentrarse y/o tomar decisiones?			
143	¿Tiene problemas para dormir? (Dificultad para conciliar el sueño/ dormir pocas/muchas horas o en horarios no habituales)			
144	¿Nota que su hijo/a tiene más o menos apetito que de costumbre?			
	<i>Si ¿Aumentó o bajó de peso? ¿Cuántos kg?</i>			
145	¿Refiere dolores abdominales, cefaleas o náuseas?			
146	¿Ve a sus amigos y realiza sus actividades como es habitual?			
	Si a cualquiera de estos ítems: Indagar los siguientes: <i>¿Cuándo y durante cuánto tiempo le ha ocurrido?</i>			
	<i>¿Son estos síntomas/signos consecuencias de fiebre, enfermedad médica o consumo de sustancias?</i>			
	<i>¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?</i>			
Indicadores de Trastornos de Ansiedad		SI	NO	Observaciones
147	¿Le dice su hijo/a que siente: palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, náuseas, mareos, miedo a perder el control o a morir?			
148	¿Presenta inquietud, irritabilidad, tensión, falta de atención, dificultades para dormir?			
	<i>Si: ¿Le ocurre en situaciones donde siente que no puede disponer de ayuda?</i>			
	<i>Si: ¿Él/ella teme que le vuelva a ocurrir?</i>			

149	¿Manifiesta su hijo /a preocupaciones excesivas por acontecimientos futuros (ej. su rendimiento escolar o ser aceptado por otro)?			
150	¿Presenta temor persistente y excesivo ante la presencia de un objeto o situación puntual por ej. viajar, animales, lugares cerrados?			
151	¿Le teme su hijo excesivamente a las situaciones sociales con niños y adultos no familiares?			
	Si ¿Llora o se retrae en esas circunstancias?			
152	¿Ha experimentado el joven alguna situación de amenaza a su integridad o la de otros?			
	Si : ¿Ha respondido con temor y/o intensa inquietud?			
153	¿Refiere su hijo/a pensamientos o impulsos intrusos que no puede sacarse de la cabeza y que le causan ansiedad? (Por ej. lavarse las manos, rezar o contar palabras reiteradamente)			
	Si a alguno de estos ítems: Indagar los siguientes Si ¿Son estos síntomas/signos consecuencias de fiebre, enfermedad médica o consumo de sustancias?			
	Si ¿Cuándo, con qué frecuencia y por cuánto tiempo le ha ocurrido?			
	Si ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			
Indicadores de Trastornos Somatomorfos		SI	NO	Observaciones
154	¿Experimenta su hijo/a dolores o déficit físicos que afectan sus movimientos o sentidos?			
	Si : ¿Son estos síntomas típicos de enfermedades médicas que su hijo no padece?			
155	¿Padece dolor/es localizado/s en el cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica?			
	Si a 154 y 155 :¿Aparecen estos síntomas asociados a conflictos o desencadenantes emocionales?			
156	¿Manifiesta miedo o convicción de que ciertos síntomas que padece corresponden a una enfermedad grave?			
	Si : Persiste esta preocupación luego de consultas médicas que hayan descartado alguna enfermedad?			
	Si a todos ¿Cuándo, con qué frecuencia y por cuánto tiempo le ha ocurrido?			
	Si a todos ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			
Indicadores de Trastornos Disociativos		SI	NO	Observaciones
157	¿Tiene su hijo/a episodios de incapacidad para recordar información personal importante sobre situaciones traumáticas o estresantes que ha vivenciado?			
158	¿Manifiesta de modo recurrente dos o más identidades, cada una con un estilo propio?			
159	¿Comenta que tiene experiencias de ser un observador externo de sí mismo?			
	Si a cualquier de estos ítems: Indagar los siguientes ¿Cuándo y por cuánto tiempo le ha ocurrido?			
	¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			

Indicadores de Trastornos de la Identidad Sexual		SI	NO	Observaciones
160	¿Expresa su hijo/a malestar o sentimientos de inadecuación por pertenecer al propio sexo?			
161	¿Manifiesta deseos de ser o sentirse identificado con el otro sexo?			
162	¿Insiste en llevar puesta ropa del otro sexo?			
163	¿Prefiere participar en juegos típicos y pasar el tiempo con compañeros/as			
	Si a cualquier de estos ítems: Indagar los siguientes			
	¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia / por cuánto tiempo?			
	¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			
Indicadores de Trastornos del Sueño		SI	NO	Observaciones
164	¿Tiene su hijo/a frecuentemente dificultad para iniciar o mantener el sueño o manifiesta no tener descanso reparador?			
165	¿Suele roncar y/o moverse mucho mientras duerme?			
166	¿Ha tenido episodios de enuresis nocturna habiendo controlado esfínteres?			
167	¿Se despierta reiteradamente por sueños terroríficos donde se ve amenazada su integridad?			
	Si ¿Se recupera rápidamente?			
	No así: ¿Tiene taquicardia y sudoración?			
	No así: ¿Responde a los esfuerzos de los demás por tranquilizarlo?			
	No así: ¿Puede recordar lo acaecido?			
168	¿Se levanta de la cama y camina dormido/a?			
	Si: ¿Tiene la mirada perdida y cuesta despertarlo?			
	Si: ¿No recuerda nada al despertar y se comporta como es habitual?			
169	¿Duerme poco o mucho a causa de una enfermedad física o de un malestar anímico?			
	Si a cualquier de los ítems precedentes: Indagar los siguientes			
	¿Cuándo, con qué frecuencia y por cuánto tiempo le ha sucedido?			
	¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			
Indicadores de Trastorno del Control de los impulsos		SI	NO	Observaciones
170	¿Ha provocado deliberada e impulsivamente un incendio en más de una ocasión?			
171	¿Manifiesta dificultades para controlar el impulso de robar objetos que no le son necesarios ni valiosos económicamente?			
172	¿Suele tirarse del pelo y arrancárselo de modo que puede notarse su pérdida?			
	Si: Estaba previamente tensionado y luego aliviado?			
	Si a todos ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			
	Si a todos ¿Cuándo / con qué frecuencia / por cuánto tiempo ocurrió?			
Indicadores de Trastornos adaptativos		SI	NO	Observaciones
173	Ha experimentado su hijo/a alguna situación altamente estresante que le provocó excesivo malestar manifestado por tristeza, llanto, inquietud, miedo a separarse de sus vínculos, peleas, mal comportamiento?			
	Si ¿Cuándo ocurrió? ¿Cuánto tiempo duró el malestar?			
	Si ¿Afecta de algún modo su vida en la escuela, con amigos o en la casa?			

Indicadores de Trastornos relacionados con sustancias		SI	NO	Observaciones
174	¿Consumo o ha consumido su hijo/a sustancias como alcohol, alucinógenos, tabaco, anfetaminas, cocaína, inhalantes, sedantes?			
	Si ¿Ha tenido que consumir de modo creciente para obtener el efecto deseado?			
	Si ¿Ha padecido síndrome de abstinencia?			
	Si ¿Manifiesta deseo o ha hecho esfuerzos infructuosos para controlar el consumo?			
	Si: ¿Continúa consumiendo a pesar de los problemas de salud que pudiera causarle?			
	Si ¿Ha incumplido compromisos laborales, escolares o del hogar?			
	Si: ¿Se ha expuesto a situaciones riesgosas habiendo consumido?			
	Si ¿Ha tenido problemas legales reiterados?			
	Si ¿Se ha intoxicado alguna vez?			
	Si: ¿Cuándo y durante cuánto tiempo ha ocurrido?			
	Si: Se lo/a observa irritable, con deterioro en actividades cognitivas, en el juicio, en su actividad laboral o social?			
Indicadores de Trastornos de la alimentación		SI	NO	Observacion
175	¿Presenta su hijo/a rechazo a mantener el peso corporal recomendado para su talla y edad o fracasa en conseguirlo?			
176	¿Teme convertirse en obeso/a?			
177	¿Tiene una percepción inadecuada de su peso o silueta?			
178	Para mujeres: ¿Ha registrado amenorrea?			
179	¿Ha recurrido a atracones o purgas?			
180	¿Presenta conductas compensatorias?			

4.3 INDICADORES DE OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA				
Problemas de Relación				
Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica		SI	NO	Observaciones
P.1*	<u>Deterioro en la interacción asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica de un miembro de la familia.</u> ¿Notó Usted que a raíz de la enfermedad física o psiquiátrica de algún miembro de la familia, se ocasionaran conflictos severos entre su hijo/a y ese integrante de su familia?			
Problemas paterno-filiales				
P.2*	<u>Problemas en la interacción entre padres e hijos, asociado a deterioro de la actividad familiar o aparición de síntomas clínicamente significativos en los hijos.</u> (Ej. deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) ¿Notó usted a que causa de los conflictos entre los integrantes de la familia se generaran problemas significativos en su hijo/a?			
Problema de relación entre hermanos				
P.3*	<u>Interacción entre hermanos que está asociado a deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.</u> ¿Notó usted a que causa de los conflictos entre sus hijos se generaran problemas significativos en el hijo/a por el cual consulta?			

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia				
Maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia.				
<i>Abuso físico del niño</i>		SI	NO	Observaciones
P.4*	<i>El objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.</i> ¿Su hijo/a ha sido alguna vez maltratado físicamente? (Le han pegado, lo han zamarreado, etc.) Si ¿Qué tipo de maltrato, quién lo hizo, desde cuándo, cuán a menudo?			
<i>Abuso sexual del niño</i>				
P.5*	<i>El objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.</i> Su hijo/a ¿Ha padecido o padece algún tipo de abuso sexual? Si ¿Por parte de quién, qué tipo de maltrato? ¿Desde cuándo? ¿Se ha realizado alguna denuncia?			
<i>Negligencia de la infancia</i>				
P.6*	<i>El objeto de atención clínica es el descuido de un niño.</i> ¿Su hijo/a ha padecido descuido de sus necesidades básicas por parte de quien lo cuida habitualmente? (alimentación, seguridad, higiene, etc.)			
Indicadores de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica				
<i>Incumplimiento terapéutico</i>		SI	NO	Observaciones
P.7*	<i>Incumplimiento de un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica, por distintas causas.</i> (Ej. molestias que provoca el tratamiento., costo elevado, negación de la enfermedad., etc.) Su hijo/a ¿ha estado alguna vez en Tratamiento Médico o Psicológico abandonándolo antes del alta médica? Si ¿Cuál fue el motivo?			
<i>Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia</i>				
P.8*	<i>Comportamiento antisocial en el niño o el adolescente no debido a un trastorno mental.</i> (Ej.: actos antisociales aislados de los niños o adolescentes - NO patrón de comportamiento antisocial - <u>Debe hacerse Diagnóstico Diferencial con T. Antisocial</u>)			
<i>Capacidad intelectual límite</i>				
P.9*	<i>Capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. Debe hacerse Diagnóstico Diferencial con Retraso Mental</i> <i>Para un adecuado diagnóstico se debe recurrir a técnicas específicas de evaluación de la inteligencia</i>			
<i>Duelo</i>				
P.10	<i>Reacción a la muerte de una persona querida que presenta síntomas similares a un episodio de depresión mayor, pero de menor duración en el tiempo.</i> (Ej.: sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). <u>Debe hacerse Diagnóstico Diferencial con T. Depresivo Mayor</u>			
<i>Problema académico</i>				
P.11*	<i>Problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente.</i> Tener en cuenta los ítems correspondientes a Escolaridad.			

<i>Problema laboral</i>				
P.12*	<i>Problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente.</i> (Ej.: insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional).			
<i>Problema de identidad</i>				
P.13*	<i>Incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo.</i>			
<i>Problema religioso o espiritual</i>				
P.14*	<i>Problema religioso o espiritual, como por ejemplo el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, etc.</i> Su hijo ¿Ha tenido problemas religiosos, tales como, problemas de fe, pérdida de las creencias religiosas, etc.? Si Describir			
<i>Problema de aculturación</i>				
P.15*	<i>Problema relacionado con la adaptación a diferentes culturas</i> (Ej.: problemas educativos relacionados con la emigración). Sólo considerar para quienes se hayan trasladado de su lugar de origen recientemente.			
<i>Problema biográfico</i>				
P.16*	<i>Problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente.</i> (Ej.: problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, etc.) <u>Debe hacerse Diagnóstico diferencial con T. Adaptativo.</u>			

BIBLIOGRAFÍA

Abu-Saad H, Holzemer W. (1984). *Measuring children's selfassessment of pain*. Issues Compr Pediatr Nurs.

Aguilar, M. J. & Aender-Egg E. (2001). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. (2ª ed.). Buenos Aires: Lumen Hvmánitas.

Barraca, J. (2005). *Una antropología educativa fundada en el amor*. Alcalá: CCS.

Bassedas, E. (1989). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. S/L: Paídos

Bisquerra, R. y Álvarez, M. (1996). *Modelos de intervención en orientación. Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis Educación.

Bisquerra, R. (1998). *Modelos de Orientación e Intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis

Boixareu, R. (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.

Bouché, J. H. (2004). *Educación para un nuevo espacio humano. Perspectivas desde la antropología de la educación*. (2ª ed.). Madrid: Dykinson.

Bronfman, M. (2003). *Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernava: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Buendía, L., Colás, P. & Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: Mc Graw Hill.

Castro, M. (2008). *Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. (2ª ed.). México:Trillas.

Cembranos, F. (1989). *La Animación Sociocultural. Una Propuesta Metodológica*. Madrid: Popular.

Delors, J. (1997). *La Educación encierra un tesoro*. Paris: Ediciones Unesco.

Dirección General de Innovación y Fortalecimiento Académico, Dirección de Salud y Seguridad en las Escuelas (2013). *Documento Guía de Operación para la Escuela Hospitalaria de Educación Básica en el Distrito Federal (Preescolar, Primaria y Secundaria)*, en: Programa de Pedagogía Hospitalaria. México.

Dulanto, E. (2004). *La familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. México: Editores de Textos Mexicanos.

Eson, M. (1978). *Bases Psicológicas de la Educación*. México: Nueva Editorial Interamericana.

Fermoso, P. (1994). *Pedagogía social: fundamentación científica*. Barcelona: Herder.

Fernández, O. *Educación no formal. Una mirada a su recorrido en el tiempo*. (<http://www.slideshare.net/oluciafernandez/educacin-no-formal-7082881>).

Freire, P. (1978). *Educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Friere, P. (1993). *Política y Educación*. Sao Paulo: Siglo XXI.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. (2ª. ed.) México: Siglo XXI.

Fromm, E. (1968). *La Revolución de la Esperanza*. México: Fondo de Cultura Económica.

García, R. & Martínez B. (1987). *Educación compensatoria: fundamento y programas*. España: Santillana.

Gardner, H. (2011). *La Estructura de la Mente: la teoría de las inteligencias múltiples*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica

Garza, M. (1966). *Educación y salud pública*. México: M. Garza Ramos

Geissler, A. (1997). *Acción socioeducativa. Modelos/Métodos/Técnicas*. España: Narcea.

Girón, M. (2014). México: UPN.

Giroux, S. & Tremblay, J. (2004). *Metodología de las ciencias humanas: la investigación en acción*. México: Fondo de Cultura Económica

Grau, C. & Ortiz, C. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de la educación inclusiva*. Archidona, Málaga: Álgibe.

Jiménez, M. (2009). *Exclusión social y exclusión educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su comprensión e investigación*, en: Revista de Currículum y formación del profesorado. Vol. 13, No.3. Granada.

Knaut, F. (2006). *Inclusión educativa para niños, niñas y jóvenes hospitalizados: Un análisis basado en el programa nacional de México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lázaro Martínez, A. (1986). *Diccionario de Ciencias de la Educación: Orientación y Educación Especial*. Madrid: Anaya.

Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Navarra: Eunate.

Lugo, M. (2012). México:UPN.

Martínez, C. (2005). *Una escuela hospitalaria abierta a la compensación educativa*, en: VI Jornadas Regionales de Aulas Hospitalarias. Jerez de la Frontera, Cádiz.

Morín, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Niño, F. (2000). *Antropología Pedagógica. Intelección, voluntad y afectividad*. (2ª ed.) Colombia: Magisterio

Pinto, A. (2013). *La Pedagogía Hoy: Análisis de políticas, ámbitos de intervención y formación de profesionales*. Chile: Santillana.

Prieto, Daniel (1988). *El autodiagnóstico comunitario e institucional*. Buenos Aires: Hvmánitas.

Ponce, J. & Yaber, G. (2012). *Capital psicológico como predictor del comportamiento ciudadano en el ambiente universitario*, en: Revista Anales de la Universidad Metropolitana. Vol. 12, N°. 2. Venezuela.

Real Academia Española. (<http://lema.rae.es/drae/?val=aprendizaje>, <http://lema.rae.es/drae/?val=emoci%C3%B3n>)

Rico, P. (1999). *Los nuevos rumbos de la pedagogía: una pedagogía de las emociones: ¿nuevo enfoque para un siglo nuevo?* Morelia: UPN, Unidad 164.

Rincón, L. (2008). *El perfil del estudiante que pretendemos formar en una institución educativa ignaciana*, en: Jornada para Docentes. Córdoba, España.

Rolando, M. (1997). *Escuela hoy: hacia una cultura del cuidado*. Buenos Aires: GEEMA.

Sánchez, I. (2003). *Una mirada a los procesos creativos en arteterapia: Louise Bourgeois*. Barcelona.

Sanz, L. *Las emociones en el aula: Propuesta didáctica para la educación infantil*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Schmelkes, C. (1988). *Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación*. (1ª ed.). México: Oxford University Press.

Secretaría de Educación. (2007). *Manual del proyecto escolar: educación preescolar*. (2ª ed.) Nuevo León: Dirección de Calidad Educativa.

Secretaría de Educación de Nuevo León. (2009). *Adecuaciones curriculares para el aula multigrado: 2009-2010*. Nuevo León.

Serrano, M. (2002). *Valoración del Dolor*, en: Revista Social Especial Dolor. N°. 9

Trilla, J. (1993). *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel.

Valcarce, M. (2011). *De la escuela integradora a la escuela inclusiva*, en: *Revista Innovación Educativa*. No. 21. España.

Velaz, C. (2002). *La Orientación escolar. Fundamentos y Desarrollo*. Madrid: Dykinson.

Velaz, C. (2002) *Intervención educativa y orientadora para la inclusión social de menores en riesgo. Factores escolares y socioculturales*. Madrid: UNED, Unidad Didáctica, Educación Social.

Ventosa, V. (1999). *Intervención socioeducativa*. (2ª. ed.). Madrid: Editorial CCS.

Zemelman, H. (1987). *Conocimiento y sujetos sociales*. México: El Colegio de México.