



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL  
UNIDAD AJUSCO  
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA**

**“EL COUNSELING EN EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN LA  
ETAPA PREOPERACIONAL DEL NIÑO EN EL ÁREA DE HEMATO-ONCOLOGÍA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTAN**

**ANDREA FRAGOSO DUARTE**

**Y**

**MARÍA PIEDAD MARTÍNEZ ORTEGA**

**ASESORA DE TESIS: MTRA. MARTHA ALTAMIRANO RODRÍGUEZ**

**MÉXICO, D.F. JUNIO DEL 2015**

## **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPITULO 1: PERSPECTIVAS PEDAGÓGICAS APLICABLES A LA ATENCIÓN EDUCATIVA DEL NIÑO HOSPITALIZADO: DE LA PEDAGOGÍA SOCIAL A LA PEDAGOGÍA DE LA DIVERSIDAD</b>	
1.1 La Pedagogía Social	15
1.2 La Pedagogía Terapéutica	19
1.3 La Educación Especial /Pedagogía Especial	22
1.4 La Pedagogía Hospitalaria	26
1.5 La Pedagogía de la Diversidad	34
<b>CAPITULO 2.-LA ORIENTACION EDUCATIVA EN EL AMBITO HOSPITALARIO</b>	
2.1 La Orientación Educativa	40
2.2 Diferentes formas de apoyo a la formación de individuos	42
2.2.1 Modelos de intervención en la Orientación Educativa	43
2.3 El Counseling: Una forma de acompañamiento individualizado en el hospital	47
2.3.1 El Counselor y el Pedagogo con la misma labor Educativa	51
<b>CAPITULO 3.- ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL Y LA PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS HEMATO-ONCOLOGICOS.</b>	
3.1 El Desarrollo Infantil	61
3.2 La Teoría Cognoscitiva y las etapas del desarrollo según Jean Piaget	70
3.3 La psicomotricidad en el desarrollo Preoperacional del niño hospitalizado por Leucemia	80
<b>CAPITULO 4.-CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DIDÁCTICA Y LA PLANEACIÓN PARA PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS</b>	
4.1 Unidad Didáctica. Concepto	101

4.2 La Organización y Planeación de la Unidad Didáctica	103
4.3 Objetivos de Aprendizaje	106
4.4 La Evaluación	107

**CAPITULO 5.- MODELO DE UNIDADES DIDÁCTICAS: UNA PROPUESTA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ (ETAPA PREOPERACIONAL) A TRAVÉS DEL COUNSELING EN PACIENTES DEL ÁREA DE HEMATO-ONCOLOGÍA.**

5.1 Actividades motrices	111
5.2 Actividades Auditivas – Motrices	120
5.3 Actividades de Habilidad Mental y Pensamiento Matemático	147
5.4 Actividades de Creatividad e Imaginación	152
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>159</b>

## **ÍNDICE DE CUADROS**

**CUADRO 1** Aportes teóricos de la Pedagogía

**CUADRO 2** Situación actual de la Educación/ lo que se pretende

**CUADRO 3** Diferencias entre Guidance y Cunseling

**CUADRO 4** Características de la labor del Counselor

**CUADRO 5** Periodos del Desarrollo Infantil

**CUADRO 6** Clasificación de las Conductas Percptomotrices

**CUADRO 7** Caracterización del desarrollo infantil por etapas y edades

**CUADRO 8** Caracterización Psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de 2 años

**CUADRO 9** Caracterización Psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de 2 años y medio

**CUADRO 10** Caracterización Psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de 3 años

**CUADRO 11** Caracterización Psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de 4 años

**CUADRO 12** Caracterización Psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de 5 años

**CUADRO 13** Proceso evolutivo del niño a los 6 años

**CUADRO 14** Algunos logros cognitivos de la niñez

**CUADRO 15** Modelos para la elaboración de Unidad Didáctica

## **BIBLIOGRAFÍA/ CIBERGRAFÍA**

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo es resultado del esfuerzo alcanzado a lo largo de nuestra formación integral, la cual estuvo llena de momentos felices y difíciles, aquellos aspectos que en algún momento nos reflejaban que cada vez parecía más complejo salir adelante, sin embargo hoy decimos: “**fue difícil pero lo logramos**” y esto no hubiera sido posible sin el apoyo de:

### **María Piedad:**

**A mi Familia:** Gregorio Martínez, Matilde Ortega y Hermanos, que estuvieron conmigo en todo momento brindándome su confianza para comenzar con una etapa que marcaría mi vida y que a pesar de la distancia me llenaban de energía, coraje y amor para continuar con uno de mis objetivos: sus consejos, su tiempo, sus regaños, su paciencia y confianza formaron parte esencial de este logro.

Sin olvidar a mis familiares, profesores, novio y amigos, quienes confiaron en mí y me apoyaron en todo momento sin importar la manera de hacerlo regalándome un poco de su tiempo.

### **Andrea:**

**A mis padres,** Sabas Arturo y Adriana por su paciencia, cariño y confianza plena en mí, y quienes nunca desistieron de su apoyo económico y moral para que yo pudiera concluir mis estudios

A mi hermano Arturo quien me motivaba y acompañaba en las tareas

A mi esposo Israel por su tiempo, por su comprensión y quien me apoyo en esta labor

A mis amigos Susana, Ariana, Omar y Piedad, que se mantenían preocupados y acompañaron en el proceso de elaboración

Hoy solo damos las **GRACIAS** a nuestra asesora por guiarnos ante este compromiso y a todos ellos por formar parte de esta gran escala que logramos concluir venciendo un obstáculo y logrando la meta que parecía era difícil de iniciar y terminar.

## INTRODUCCIÓN

Para atender el problema de rezago educativo de niños, niñas y jóvenes hospitalizados, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud (SALUD) y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), con la colaboración del sector privado, pusieron en marcha en el año 2005, el programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital”, con el propósito de reducir dicho rezago educativo ante la imposibilidad de asistir a una escuela regular. Dicho programa ofrece la oportunidad de continuar los estudios durante el periodo de hospitalización, con el apoyo de pedagogos y docentes, quienes realizan adecuaciones curriculares.

El interés por apoyar a niños que se retrasan educativamente perdiendo el ciclo escolar y, el desarrollo de habilidades psicomotrices y motivación, se derivó cuando realizamos nuestras Prácticas Profesionales en el Hospital General de México dentro del área de Hemato-Oncología; en donde se detectaron niños con pérdida de algunos movimientos psicomotrices, como lo es el caminar, correr y coordinar; también se descubrió la falta de estrategias y técnicas de planeaciones con las que cuenta el docente Hospitalario para brindarles el apoyo necesario a los niños ante dicha situación.

Lo cual, en determinado momento, nos conllevó a adecuar algunas actividades a las necesidades y edades de los niños para que les ayudaran a salir un poco del ambiente de tensión, de sufrimiento y de depresión con las que vivían día con día; después de varias semanas nos percatamos que dichas actividades los despejaban y motivaban a realizar algo nuevo, dinámico y que renovaba su interés por salir adelante a pesar del dolor y reacciones de su tratamiento.

Debido a las problemáticas citadas anteriormente, realizamos un Modelo de Unidades Didácticas enfocadas al desarrollo de la Psicomotricidad, utilizando las características del Counseling como acción directa sobre niños de 2 a 7 años que se encuentran en el área de Hemato-Oncología del Hospital General de México. Por ende fue necesario fungir como observadoras participantes para la recopilación de datos acorde a la situación física y de salud de cada sujeto.

Este documento de tesis se sustenta primordialmente en la **investigación documental**<sup>1</sup> basada en una recopilación de información mediante la lectura, que nos ayudó a contemplar las aportaciones, carencias, prioridades o diferentes perspectivas que se encontraron en determinado tema, que a su vez retomamos para la realización de esta investigación, tomando como base datos anteriores que nos sirvieron para introducir y desarrollar conocimientos prácticos para la elaboración de un buen trabajo.

Por tanto, se requiere ligar los conocimientos de las perspectivas Pedagógicas y de la Orientación Educativa que en conjunto nos permitirá enriquecer la labor educativa del Pedagogo dentro del Hospital. Por ello, la estructura de esta investigación es la siguiente:

En el primer capítulo, denominado "Perspectivas Pedagógicas aplicables a la atención educativa del niño hospitalizado: De la Pedagogía Social a la Pedagogía de la Diversidad", se menciona la evolución que ha tenido la Pedagogía enfocada a los procesos de enseñanza- aprendizaje para mejorar la educación de los individuos en distintos ámbitos de la sociedad, la primera de ellas es la **Pedagogía Social**, que se realiza fuera de las instituciones existiendo personas con diferencias sociales y necesidades especiales, debido a esta situación surge la **Pedagogía Terapéutica**, dando un nuevo espacio a los individuos y a sus atenciones. Con el paso del tiempo

---

<sup>1</sup>La investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información" (Baena 1988 p.72 en Ávila B. 2006 p.50)

a esta pedagogía se le conocieron características que enfatizaban en un aspecto más clínico, simultáneamente surge la **Pedagogía o Educación Especial**, que enlaza lo clínico con lo educativo apoyando a niños enfermos para su bienestar no solo físico, sino también para su integración socio-educativa.

Cuando los niños son hospitalizados por un tiempo indeterminado, se ve afectada su estancia dentro de las instituciones escolares lo que provoca un rezago educativo; en consecuencia la **Pedagogía Hospitalaria** permite atender a estos niños con un doble propósito: el primero es darles atención educativa para que continúen formando sus aprendizajes y el segundo que enfrenten positivamente su situación de vida durante el tiempo de su tratamiento para, durante y después de su hospitalización, finalizando con la **Pedagogía de la Diversidad** la cual permite conocer las diferentes formas de pensamiento e ideologías dentro de la sociedad; por ejemplo, la religión, razas, discapacidades, etc., que pudieran afectar a los niños de forma discriminatoria por alguna carencia física en las diversas situaciones que se viven en la Sociedad,

En el segundo capítulo: “La Orientación Educativa en el ámbito hospitalario”, se aborda la necesidad de incluir la orientación y uno de sus modelos “ **El Counseling**”<sup>2</sup> ya que uno de sus objetivos es atender a modo de acompañamiento las necesidades que el individuo tiene, tanto en los ámbitos personales como en los educativos., fortaleciendo su autonomía y su autoestima, para apoyarlos de manera individual en sus actividades motoras y educativas evitando su propio desarrollo físico y cognitivo, debido a que el trabajo dentro del Hospital no se asemeja al de una aula escolar por las dificultades que los niños presentan al estar internados.

En el tercer capítulo se presenta “Etapas del Desarrollo Infantil y la Psicomotricidad en niños Hemato-oncológicos”, a partir del análisis de los periodos que atraviesa el individuo en la niñez; también se abordan las distintas etapas y teorías que describen

---

<sup>2</sup> El termino Counseling, aparece en 1931 con la publicación del Workbook in Vocations, de Proctor, Benefield y Wreen. Estos autores consideran el conseling como un proceso dirigido a ayudar al sujeto a comprender la información relativa a sus aptitudes, intereses y expectativas, con el objetivo de tomar una decisión vocacional.(Redondo y otros, 2012.56)

las características y algunas formas de concebir el desarrollo infantil con base a Piaget cuyo trabajo se basa en torno al periodo Preoperacional, abordando la Psicomotricidad de los niños en esta etapa dentro del hospital con apoyo del Pedagogo.

“Características de la Unidad Didáctica y la Planeación para pacientes Hemato-oncológicos”, título del cuarto capítulo, se presentan los componentes y características de trabajo y/o estructura de las unidades didácticas y la planeación, para llevarse a cabo en una escuela regular; mencionando las adecuaciones que se deben tomar en cuenta para presentar unidades didácticas en el área hospitalaria, debido a las limitaciones que se muestran en este ámbito laboral.

Por último, en el capítulo quinto se incluye el “Modelo de Unidades Didácticas: Una propuesta para el Desarrollo Psicomotriz (etapa preoperacional) a través del Counseling en pacientes del Área de Hemato-oncología”, en el cual se redactan algunos ejemplos de las dificultades que viven en el hospital en base a su situación educativa.

Se integran 17 actividades didácticas divididas en 4 partes:

- a) Actividades motrices.
- b) Actividades auditivas/ motrices.
- c) Actividades de habilidad mental y pensamiento matemático.
- d) Actividades de creatividad e imaginación.

Dichas actividades se proponen para dar solución a las carencias mencionadas anteriormente evitando rezago educativo y fomentando sus habilidades motrices uniendo ambos aspectos planteados en este Modelo de Unidades Didácticas, estas se basan en los aportes del proceso de desarrollo que Jean Piaget menciona, con la finalidad de que los niños continúen su desarrollo dentro de la estancia en el hospital de manera divertida y creativa, sin dejar de lado el interés por evitar que el niño sufra

limitaciones escolares al regresar a su salón de clases, causado por el periodo que estuvo ausenté.

Por lo tanto, el Pedagogo con el apoyo del Counseling partirá de la problemática y realizara diversas adecuaciones en las estrategias de enseñanza- aprendizaje para brindarles un cambio donde se logren las capacidades, habilidades psicomotrices y educativas a fin de mejorar el desarrollo y autoestima para enfrentar la enfermedad dentro y fuera el Hospital. Sin embargo el Modelo de Unidades Didácticas no se llevó a cabo dentro del periodo de Prácticas Profesionales que como se mencionó con anterioridad se realizaron en el Hospital General de México.

## **CAPITULO 1. PERSPECTIVAS PEDAGÓGICAS APLICABLES A LA ATENCIÓN EDUCATIVA DEL NIÑO HOSPITALIZADO: DE LA PEDAGOGÍA SOCIAL A LA PEDAGOGÍA DE LA DIVERSIDAD**

La pedagogía como actividad humana consta en los cambios de los procesos de enseñanza-aprendizaje que se han transformado debido a la necesidad del ser humano por ser mejor educado, tomando en cuenta los aportes de diversas teorías y prácticas utilizando los recursos que se tiene al alcance, como: el espacio educativo, los avances tecnológicos, el arte y el lenguaje hablado y escrito.

Panza (2002:25) explica, de manera breve, cómo es que la educación no se queda sólo en un salón de clases, es decir, todo el entorno por el que pasa el educando es parte de su aprendizaje y complementa los aprendizajes escolares, de ahí su importancia. La pedagogía estudia el acto educativo y no puede limitarse a las instituciones escolares, tiene que indagar, practicar y analizar el contexto para la transformación y mejora de la educación.

De acuerdo con las definiciones anteriores, la pedagogía, estudia los procesos educativos, en el cual intervienen diferentes funciones, aspectos y ambientes para que se lleve a cabo, por tal motivo se le considera como el conocimiento mediante el cual se realizan las interconexiones de cada persona que la lleva a su aprendizaje, las cuales incluyen la familia y los amigos apoyada de diversas técnicas que favorezcan y motiven el aprendizaje.

Borquez (2006:87) considera a la pedagogía como “ciencia, disciplina, teoría, reflexión o estudio del hecho educativo, siempre estará vinculada con la educación. Por consiguiente, la actividad de la pedagogía siempre se desprende de su objeto que es la educación... podemos deducir que la Pedagogía y la Educación constituyen entes distintos, ya que la primera es la disciplina, y la segunda el objeto.”

Álvarez Méndez en (Torres 1999:24) plantea que:

“La explicación del cambio: Pedagogía a Ciencias de la Educación se entiende más como transformación que como ruptura, mas como etapas distintas de un proceso contemplando diacrónicamente que como discontinuidad radical. La revolución científica se da en el momento en que, partiendo de la pedagogía como ciencia generadora y original, paradigma primario, se problematiza y diversifica el campo científico que abarca, dando lugar a un nuevo cuerpo científico complejo y plural explicado por la interacción e interrelación que se da entre las diversas ciencias que componen y explican el sistema general de las Ciencias de la Educación”

Por ende, la Pedagogía trabaja con las necesidades y problemas educativos en conjunto con las Ciencias de la Educación como la Psicología, la Sociología, la Filosofía etc. La diferencia de cada una es la teoría y práctica que realizan debido a las temáticas que desempeñan para dar posibles soluciones a la educación y así producir cambios en la sociedad.

Por lo tanto el objeto de la Pedagogía es el acto educativo y su tarea es normativa mientras que las Ciencias de la Educación se preocupan por el fenómeno educacional y son descriptivas. (Serrano, 2003:85).

La Pedagogía utiliza y modifica estrategias para transmitir un conocimiento, creando nuevas técnicas y prácticas para cubrir las necesidades del ser humano en cuestión de ser educado teniendo como apoyo a las Ciencias de la Educación ante esta labor de transformación. En el Cuadro 1 se caracterizan sus aportes

### Cuadro 1.- Aportes Teóricos de la Pedagogía

<b>John Dewey</b>	<p>*Enfatiza la necesidad de continuar el enfoque activo centrado en las capacidades infantiles con el enfoque social del proceso educativo.</p> <p>*Critica el enfoque clásico sobre el conocimiento y lo contrapone a su perspectiva experimental y científica.</p> <p>*El principal concepto relacionado con la teoría del conocimiento y tal vez el más importante de todo sistema filosófico, es el de la experiencia.</p>
<b>María Montessori</b>	<p>*Aporta actividad ordenada y progresiva, independencia y espontaneidad, observación de la naturaleza del niño y sistematicidad.</p> <p>*Su método es predominante, empírico y experimental. También se le denomina <i>Método de la Pedagogía Científica</i>.</p> <p>El objetivo principal de dicho método es que el niño desarrolle al máximo sus posibilidades dentro de un ambiente estructurado que le resulte atractivo y motivador.</p>
<b>Celestin Freinet</b>	<p>*Propuesta de cambio de la metodología de las escuelas, aulas y del compromiso del enseñante en el contexto social.</p> <p>*La pedagogía, si es autoritaria, no es pedagogía; pero ello no implica que el orden y la disciplina no sean necesaria en las clases, sólo que no deben de ser asumidas por todos, no impuestas. La pedagogía ha de empezar por la experiencia del niño y la información.</p> <p>*La educación es el desarrollo total de la persona y no una acumulación de conocimiento, un amaestramiento o una servidumbre.</p>
<b>Paulo Freire</b>	<p>*La propuesta educativa de Freire no apunta como mejorar el modo de adquirir más conocimientos, sino cómo hacer que los educandos se tomen más conscientes y más deseosos de cambiar el mundo.</p> <p>*La educación de los adultos tiene que fundamentarse en la conciencia de la cotidianidad de los educandos, superando el mero conocer letras, palabras y frases.</p>

Fuente. Elaboración propia con base en: Trilla J. (Coord.)(2007). El legado Pedagógico: Del siglo XX para la escuela del siglo XXI. Edit. Grao. Barcelona.

Cada uno de estos teóricos aporta un cambio en la educación así como diferentes formas en las que se practica la enseñanza en escuelas o centros educativos; cada uno se basa en métodos diferentes, sin importar contexto o edad. Estos modelos se llevan a cabo desde un enfoque socioeducativo, fijando su atención en las continuas transformaciones de la humanidad.

Para fundamentar lo anterior, Morin (1995) citado por Riera (2008), menciona que será fundamental recuperar el sentido del aprendizaje mucho más próximo a la “experiencia” de realidad, propone que se revise su objeto, contenido y sujeto, es decir, finalidad, conocimiento y actores:

1) Una educación que recupere el valor pedagógico del “error” como camino pedagógico-didáctico para acercarse al conocimiento. Sólo equivocándonos podemos aprender a rectificar. El error no debe ser penalizado, sino contemplado.

2) Una educación capaz de garantizar la selección de la información, los problemas y los significados pertinentes. Pertinentes en cuanto su calidad y su capacidad de acercarnos certeramente al contexto, a lo global, a lo multidimensional, a la interacción compleja de los hechos y los conceptos. Esta nueva educación debe llevarnos hacia la “racionalidad” de las cosas y no a la “racionalización” reduccionista de los problemas.

3) Una educación que permita reconocerse a todos en la humanidad común, a la vez que respete y reconozca la diversidad cultural inherente a cada uno de nosotros. Unidad y diversidad.

4) Una educación de futuro de gran talante planetario e identidad antropológica, ecológica, cívica y espiritual.

5) Una educación que prepare más a las nuevas generaciones no sólo a conocer las épocas de conocimiento a las que aparentemente nos sujetamos sino sobre todo a saber navegar en un océano de incertidumbres.

6) Una educación que integre, que los procesos de comprensión van más allá de la comunicación. Debemos educar lejos de las opciones egoístas, etnocéntricas o socio céntricas. Debemos sostenernos en los principios de empatía, tolerancia y respeto, así como en los más profundos principios democráticos.

7) Una educación, en definitiva, que deberá profundizar en la mínima ética común del género humano, que se enraíza en la dignidad de la persona humana y de su destino planetario.

Con base a lo anterior, la Pedagogía le permitirá al pedagogo centrar y reflexionar sus acciones educativas, que serán integradas en niños hospitalizados para apoyarlos a evitar problemas de rezago educativo, Serrano (2003:151) identifica al pedagogo como un educador o guía de enseñanza, el cual sostiene que la pedagogía no se puede limitar al ámbito escolar, si no que ha penetrado también, en diversos espacios de la sociedad en la educación no formal: la empresa, la educación especializada, hospitales, etc.

En los siguientes apartados se desarrollan diversas perspectivas pedagógicas que buscan conocer, identificar y abordar ciertos métodos, estrategias y acciones para el bien del ser humano. Como primera vertiente se presenta a la Pedagogía Social, campo en donde se encuentra la Pedagogía Terapéutica y la Pedagogía Especial, para arribar a la Pedagogía Hospitalaria y a la Pedagogía de la Diversidad, dada la importancia de su ubicación en el espacio educativo de las aulas hospitalarias, objeto central de este estudio.

## **1.1 LA PEDAGOGÍA SOCIAL**

Fermoso (2003:63) señala “la Pedagogía Social es la ciencia social, práctica y educativo no formal, es decir fuera de la familia y de la escuela, que fundamenta, justifica y comprende la normatividad más adecuada para la prevención de los individuos y de las comunidades, que puedan padecer o padecen , a lo largo de toda su vida , deficiencias en la socialización o en la satisfacción de necesidades básicas individuales o comunitarias amparadas por los derechos humanos” es decir, en esta vertiente, se forma fuera de instituciones a personas o comunidades sin una edad definida que necesitan más ayuda en sus necesidades básicas como comunidad.

Algunos de los representantes en la historia de la Pedagogía Social, según Carreras (2006) son, Kant, Pestalozzi, Kolping, Natorp, Diesterweg y Kerschensteiner,

quienes aportan diferentes teorías y enfoques acerca de la Pedagogía Social, pero aun así todos están encaminados en la búsqueda de impulsar y ayudar a los individuos con marginación, obreros sin educación para construir una sociedad culta, justa y educada.

Pérez(2003:22) supone que el origen de la Pedagogía se remonta a Platón y Sócrates, pero en los siglos XVIII y XIX con el surgimiento del Kantismo, el idealismo y hegelianismo, que son los sistemas filosóficos, han dado inicio y desarrollo a esta Pedagogía de una manera más formal, vista como una dimensión para el desarrollo de la comunidad.

Los factores que sirvieron de eje para que los teóricos pudieran tener esta concepción de la educación no formal, están basados en una mentalidad abierta, de sensibilidad social y desarrollo industrial (vivienda, trabajo, familia, etc.), en relación a problemas como la urbanización, marginación, carencias y desamparo.

Carreras (2006:65-66) menciona que “La Pedagogía Social nace, entonces, íntimamente ligada a la aparición de individuos, grupos o poblaciones marcadas por la falta de referentes sociales y culturales, los problemas económicos y una existencia siempre en los límites de la pobreza y exclusión.” Es una Pedagogía que ha existido desde los comienzos de una comunidad sin tener el apoyo de un guía o educador que los supiera encaminar ante las situaciones que tenían que afrontar.

Sin embargo para autores como Feroso (1994), Pérez (2003) y García (2009) en la historia de la educación ya se veía al educador como medio para apoyar la igualdad social o donde se podía acoger a los niños marginados; como reparadora de las necesidades de estos infantes, aludiendo a una de las bases de la Pedagogía Social, además se preocupa por que los niños tengan respuestas concretas y benéficas a su educación.

Es conveniente hacer alusión algunas definiciones sobre la Pedagogía Social:

Pérez,( 2003:68). "... la Pedagogía social trata de la educación del hombre que vive en una comunidad. Su fin no es sólo el individuo."

Natorp (2001:178), considerado el padre de la Pedagogía Social, quien señala que "... el reconocimiento fundado en principios de que la educación del individuo, en toda dirección esencial, está condicionado socialmente, así como, por otra parte, una conformación humana de la vida social esta fundamentalmente condicionada por una educación adecuada de los individuos que han de tomar parte en ella..."

Con estas concepciones, podemos resaltar que la Pedagogía Social tiene su campo de acción fuera del aula, aplica estrategias que no siguen un reglamento o un método como lo hacen en las escuelas regulares, por lo que es importante corroborar que la labor de la Pedagogía Social no es muy trabajada dentro de un salón de clases con niños o adolescentes sentados en pupitres bien uniformados y peinados. La Pedagogía Social es propia de un ámbito no formal, su labor es práctica y teórica para que los conocimientos sean aprendidos y no solo memorizados en el proceso de Enseñanza-Aprendizaje.

Pérez (2003) citado por Escobar considera que existen 5 tendencias en el campo de la Pedagogía Social:

1. La formación social del individuo. El objetivo de la Pedagogía social se encuentra en la conformación de un grupo de habilidades psicosociales con el fin de integrar a los individuos a su entorno.
2. La educación política y nacionalista del individuo. La pedagogía social se centra en la educación por parte del Estado para que el individuo se adhiera plenamente a los fines de aquél
3. Acción educadora de la sociedad. La pedagogía social es un instrumento de la sociedad para educar a sus integrantes
4. La beneficencia, pro-infancia y juventud. En esta categoría la Pedagogía Social se caracteriza como la atención a complejidades histórico-sociales atendidas desde una instancia educativa; concretamente se centran en la atención a la niñez y a la juventud.
5. Sociologismo pedagógico. Dar un valor preponderante a la sociedad por sobre el individuo de manera que la sociedad determina las metas y los medios para alcanzarlas. De esta forma obtiene el compromiso de formarse como un centro disciplinar que integra y construye bajo diversas disciplinas, materiales, planeaciones académicas necesarias para la formación permanente de las personas fuera de una institución."

Es así que la Pedagogía Social intenta trabajar con las personas que no cuentan con los recursos y apoyos para completar el proceso de desarrollo en un sólido y óptimo crecimiento; es por esto que su atención se enfoca a grupos marginados o desprotegidos socialmente; los ideales sociales, morales, religiosos, etc. constituyen y forman la mayor parte de las normas de una sociedad y/o comunidad por lo que, los educadores necesitan comprender estos principios para poder ofrecer herramientas que modifiquen el pensamiento social y se pueda convivir con otros ideales a fin de que la comunidad crezca en variados campos como lo es en el Hospital.

Su objetivo formal, de acuerdo con Feroso (1994:65) está dividido en tres dimensiones: educabilidad social(posibilidad), socialización y aprendizaje social (proceso) y socialidad (producto); es decir, busca una educación que permita al hombre aprender a desarrollarse como individuo social y personal, en donde consiga integrarse de la mejor forma a su comunidad aceptando las costumbres, tradiciones y normas que establezca cada lugar, sin necesidad de creer totalmente en éstas pero si siendo parte colaborativa en la realización de dichos aspectos para establecer una relación pacífica con los integrantes de su comunidad y así no romper las normas para estar en armonía con ellos.

La Pedagogía Social se encuentra dirigida en la enseñanza de conocimientos en relación con la acción social, una educación al servicio de la comunidad que se encuentre en situación de marginación o situaciones extraescolares, es decir, una reinserción social que busca favorecer la integración social dentro y fuera de la escuela; por esta cuestión es difícil encontrar programas educativos que puedan llevarse a cabo fuera de la institución y algunos que se llegaran a encontrar deben de fomentar la participación, estimular e impulsar la cooperación de las personas para que de manera colectiva se tenga una autorrealización y maduración; todo esto debe de ser analizado, valorado y diagnosticado por el pedagogo con base al sector de población y al espacio en el que se encuentre trabajando.

Esta Pedagogía permitirá en el Hospital la adquisición de acciones sociales que los niños pierden por estar internados, se trata de conducir al niño a la conjunción de actividades individuales y grupales que faciliten su confianza para con los demás , además de integrar algunas similitudes y diferencias de las acciones educativas dentro y fuera del Hospital, con el propósito de evitar que los niños sean sumisos por convivir con las mismas personas día a día.

## **1.2 PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA**

La Pedagogía Terapéutica asienta sus bases en la primera mitad del siglo XX con niños enfermos, que en los primeros tiempos eran llamados “anormales”. Algunos autores le han dado diferentes definiciones a esta perspectiva:

Hanselmann en Manzano (1994:29) la define como “la doctrina de la instrucción, educación y asistencia a todos los niños cuyo desarrollo psicosomático se ve frenado constantemente por factores individuales y sociales”.

Strauss (1936:11) sostiene que “es la ciencia que tiene como fin la educación de los niños que sufren retraso o perturbaciones en su desarrollo y que se funda en los conocimientos de la medicina sobre las causas y tratamientos de los defectos corporales y psíquicos en la edad infantil”.

Grau Rubio (2001:20) señala que: “se retoma la pedagogía terapéutica basada en el modelo médico de la deficiencia para evaluar hacia una Educación Especial centrada en las necesidades educativas especiales y concluir en una educación inclusiva abierta a una diversidad de situaciones entre las que se incluye la enfermedad, lo que constituye ya el ámbito de las necesidades asistenciales especiales que es a donde se pretende llegar”.

Con base en las definiciones anteriores y como consecuencia de las inquietudes y quehaceres de esta perspectiva, a la Pedagogía Terapéutica se le conoce como una labor pedagógica cuyo propósito no está en remediar carencias fisiológicas, sino en ampliar al máximo las potencias educativas del sujeto. Este término clínico que se menciona, hace ver que el concepto curativo no es referente a una enfermedad física como tal si no a los defectos mentales o sensoriales, psíquicos y nerviosos del niño que dificultan su desarrollo.

Para ayudar al niño enfermo en estas cuestiones, hoy en día se encuentra el Pedagogo en el ámbito hospitalario del cual hablaremos más adelante y quien le apoya en educarlo y proporcionarle estrategias para continuar sus estudios a pesar de la situación que se encuentra. Ante esta situación, el Pedagogo necesita comprender cada una de las etapas y procesos que el niño enfermo emprende, así como conocer el estado de ánimo en el que se encuentra para no forzarlo a realizar actividades cuando no se encuentra apto para hacerlo. Las demás características y funciones que debe tener este Pedagogo, serán descritas posteriormente en el apartado 1.4.

Una vez comprendidas cada una de las situaciones con las que se enfrentan los niños en este proceso de hospitalización, el Pedagogo podrá dar inicio a una mejor manera de apoyar el acto educativo del niño enfermo.

Para Strauss (en Ortiz, 1988:19) La Pedagogía Terapéutica converge de dos especialidades médicas: la Psiquiatría y la Pediatría y tres ciencias humanas, que son: la Psicología, la Sociología y la Pedagogía en las que se fundamenta.

En el Manual de Pedagogía Terapéutica de Moor (1978:261), se encuentran tres aspectos de la práctica de ésta:

- Antes de educar al niño debemos comprenderlo
- Cada vez que un niño falla no se limita a interrogar

- Hay que procurar educar no sólo al niño retrasado sino también al ambiente que lo rodea.

Son algunas bases que se siguen tomando en cuenta para trabajar con estos pequeños, se trata de una forma de ser de empatía hacia el estado o enfermedad por el cual esta pasado, pero al concebir la enfermedad del niño daban por hecho actividades que no debía de realizar, limitando a enseñanzas teóricas que no les apoyaba del todo en su estancia y al salir.

Con base a esto Strauss (1936), la Pedagogía Terapéutica que el educador y el pedagogo empleen, ha de poner en práctica las actividades de manera conveniente, a fin de facilitar el aprendizaje de los niños enfermos. Por lo que han de ajustarse los criterios a las necesidades de cada niño proporcionando paciencia, constancia y entusiasmo para poco a poco cubrir las expectativas que en principio se asignaron para la aplicación del método de su elección y de esta manera indagar uno nuevo.

Moor (en Ortiz, 1988:37) plantea que “la misión de la pedagogía terapéutica es investigar las carencias educativas que tienen los sujetos enfermos. De acuerdo a su misión se establecerán los límites que darán pauta en su desarrollo educativo”.

Por tal motivo, dicha Pedagogía también busca establecer vínculos con la familia, partiendo de supuestos que orienten el apoyo del niño enfermo y lo acompañen durante su adaptación social; sin embargo estos enlaces no resultan fáciles, por la falta de información de los familiares sobre el trabajo educativo que se realiza con este tipo de niños.

Ortiz (1988:37) cita a Moor al señalar que “la Pedagogía Terapéutica está vinculada con la Educación Especial por lo que cree conveniente cambiar el nombre de la primera por la segunda, tiempo después decide cambiarla nuevamente por el término Pedagogía Especial teniendo como misión educar a pesar de las limitaciones”.

A la Pedagogía Terapéutica la podemos explicar como una perspectiva que tiene como objeto la educación y reeducación de aquellos niños que sufren modificaciones en su desarrollo desde un trabajo clínico, es decir, en línea recta a los estándares que se solicitan; los cuales podrán ser atendidos con los métodos que los pedagogos y educadores elaboren ante situaciones como estas, para lograr el desenvolvimiento y desarrollo de aptitudes de estos niños.

### **1.3 LA EDUCACIÓN ESPECIAL/ PEDAGOGÍA ESPECIAL**

La Educación Especial es un término que, en un principio, se le adjudicó a la Pedagogía Terapéutica por las similitudes que tiene debido al ámbito en el que se desarrollan, pero con el paso del tiempo se demostró que son dos perspectivas diferentes dado que la Pedagogía Terapéutica es más clínica que la Educación Especial, por lo que a continuación se presentan algunas de las definiciones que apoyan esta conjetura.

Sánchez (1994:33) menciona que es un "... conjunto de conocimientos científicos e intervenciones educativas, psicológicas, sociales y médicas, tendientes a optimizar las posibilidades de sujetos excepcionales, cuya finalidad es apoyar a los niños enfermos a la reinserción socio-educativa, toda vez que posibilita el desarrollo de sus aptitudes intelectuales, escolares y sociales"

La Pedagogía especial o también llamada educación especial son lo mismo solo que hay autores como Mayor (1988:37) que la explican cómo educación pero tienen las mismas características y la misma concepción, ya que no hay algún autor que diga o aluda a alguna diferencia entre porque educación o pedagogía especial, por lo que se dirigen a esta perspectiva como una misma.

Zaballoni (en Ortiz, 1988:38) dice: “La Pedagogía Especial es por definición una Pedagogía que se aplica a individuos que se apartan de la norma de su relación y en su comportamiento con el mundo externo, sea en el ámbito restringido de la familia, o sea en el ámbito más amplio de la escuela o sociedad”. Este autor destaca que primero será necesario conocer para poder educar, prevenir y curar; por lo cual el término es un proceso personalizado, flexible, dinámico e integral para los distintos grados del sistema educativo, encaminado a la integración de los niños enfermos a la sociedad.

Sánchez (1994) cita a Mayor (1988:37) el cual establece tres niveles de análisis de la Educación Especial:

- Los sujetos: tanto docentes como niños
- La acción: interacción profesor-alumno para el logro de optimización
- El contexto: los sujetos y el entorno.

La Pedagogía Especial apoya a niños que sufren alguna alteración física en la continuidad de sus estudios, partiendo de las diferentes formas de enseñanza han de ajustarse al problema o situación en la se encuentre. Como ya se ha mencionado la Pedagogía Especial no es clínica como la Pedagogía Terapéutica por lo que no es necesario que los niños encuentren hospitalizados, pero si cuentan con algún problema de salud como: síndrome, discapacitado atraso en sus crecimientos, será necesario llevarlos a otras instituciones fuera de la escolar como centros de apoyo educativos incorporados a la Sep. por ejemplo: La Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), Centro de Atención Múltiple (CAM), Centro de Recursos, de Información y Orientación (CRIO), por mencionar algunos espacios donde se trabaja de forma grupal o individualizada según sea el caso con los niños que lo requieren..

Algunos autores definen a la educación especial de la siguiente manera:

Marchesi (en Sánchez,1994:7) plantea que: "...La Educación Especial consiste en todos los apoyos y adaptaciones que un alumno necesita para realizar sus procesos de desarrollo y aprendizaje"

Sánchez, (1994) nos menciona que la Unesco (1983) concibe la Educación Especial como una forma de educación destinada a aquellas que no alcancen a través de acciones educativas normales los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad, y que tiene por objeto promover su progreso hacia otros niveles.

Según Shea y Bower (2000), el 10% de la población mundial padece de algún tipo de discapacidad, especialmente considerando que este grupo no era tomado en cuenta hasta años recientes, ya que estas personas no eran reconocidas y avergonzaban a la familia ante la sociedad; hasta el siglo XX se contempló un plan educativo para estos niños.

Por lo tanto es importante que la familia conozca el programa de estudios así como los métodos, estrategias e innovaciones que aplicara el pedagogo y/o el educador en el contexto hospitalario; esto con la finalidad de procurar el trabajo en equipo y la información necesaria para cubrir las necesidades que con frecuencia presentan estos niños con necesidades especiales. Esta unión de profesores, padres y alumnos es necesaria para la incorporación a un sistema nuevo de trabajo.

Meller en (Sánchez, 1994:31) dice que la Educación especial es la "... sistematización pedagógica interdisciplinar, con gran apoyatura médica, que tiene por objeto el perfeccionamiento del sujeto discapacitado dentro de las limitaciones señaladas de la "defecto logia" mediante una acción rehabilitadora global y personalista."

Sánchez (1994:18-19) plantea que: "... con la denominación Educación Especial consideramos que se amplía el ámbito de su objetivo considerablemente, siendo una

educación integrada dentro de la Educación Ordinaria, que tiene características propias, ya que se dirige a sujetos excepcionales, estos es, sujetos que por su defecto o exceso han de participar en programas especiales para su integración en la Escuela Ordinaria”

A partir de estas definiciones se encuentra que la aplicación de un sistema educativo para estos niños constituye un medio para su integración a la sociedad, es decir, estos deben de contar con el mismo apoyo, ventajas y privilegios con lo que cuentan los demás niños en escuelas regulares; la unión entre ambos es importante para una mejor adaptación y comunicación

Es útil señalar, después de estas definiciones sobre la Educación Especial, lo siguiente que se logra concretar con los aportes de Sánchez (1994:32-33):

- La conceptualización de Educación Especial se refiere a una educación dirigida a niños con cierto tipo de deficiencias, como el caminar, escribir, correr e incluso hablar.
- Existen definiciones que se dirigen a enfatizar más los aspectos teóricos y otras los prácticos o instructivos.

El primer punto es una característica fundamental para poder ser atendidos dentro de esta especialidad, los niños deben de tener alguna deficiencia física, mental o algún síndrome que pueda padecer desde el nacimiento; el segundo y tercer punto hablan sobre las concepciones que existen sobre el tema y que al poner en práctica las teorías se encuentran nuevos obstáculos y definiciones, cambiando los conceptos que se tenían.

Para finalizar la Educación Especial cuenta con los medios necesarios para poder apoyar a niños enfermos, con necesidades propias tanto educativas como personales. Este concepto de Educación Especial, dado su carácter interdisciplinar,

su concepto se torna complejo y confuso, por la discriminación que sufren frente a aquellos niños que consideraban “normales”. En nuestra experiencia dentro del hospital también se llegaron a tener algunos casos de niños especiales pero lamentablemente no se encontró con el personal que pudiera trabajar con los pequeños. Sin embargo la atención y apoyo que les brindaban era el mismo que a los demás, tal fue el caso de Antonio, un niño con algún tipo de síndrome, que tuvo que ser cambiado de hospital por que no pudo contar con los recursos que necesitaban.

#### **1.4 PEDAGOGIA HOSPITALARIA**

El apoyo que los niños necesitan dentro del hospital parte de la complejidad que presentan desde su ingreso, estancia y alta; esto involucra a los profesionales de la salud, docentes y/o pedagogos, psicólogos y voluntariado que interactúan con ellos en distintas facetas o espacios del lugar, dirigidos a la superación personal y la comunicación con el mundo exterior. Debido a esto se entiende la Pedagogía Hospitalaria como una perspectiva que carece de un profesional capacitado para la labor hospitalaria y la falta de incorporación a más hospitales en México que apliquen esta labor dentro de esta institución.

González y Polaino (en Castañeda, 2006:1) encuentran que:

Desde principios de los años 70, los pedagogos hicieron su aparición en el ambiente hospitalario de los denominados “países desarrollados”(Estados Unidos, Canadá y centro-norte Europa) con diversos fines y bajo el paraguas de múltiples teorías; la presencia de estos profesionales y la proliferación de diversas actuaciones pedagógicas en el tratamiento de enfermos hospitalizados ha ido creciendo paulatinamente sin que , en muchos casos, dichas prácticas hayan tenido un reflejo real en los fundamentos teóricos de la Pedagogía, ni mucho menos en la producción científica asociada a la misma.

A consecuencia de esto el profesional encargado de la labor educativo hospitalario se le conoce como *Pedagogo Hospitalario*, quien a su vez trabaja en conjunto con el docente; ambos deben desempeñar eficazmente su labor dado el tiempo y espacio

en el que se encuentra, retomando aportaciones de las Pedagogías y Ciencias de la educación para realizar su labor de manera fructífera.

Algunas de las funciones que deben realizar según Barruecos en (Grau, 2001:47) son las siguientes:

- Ser interprete de la afectividad entre los padres y los hijos para ayudar a mantener un equilibrio emocional
- Fungir como tutor del alumno hospitalizado para apoyar su proceso de enseñanza/aprendizaje sin perder el contacto con el centro ordinario.
- Participar como negociador con el equipo médico sobre el proceso integral de la recuperación del paciente.

Aunque estas son las funciones básicas, se pueden mencionar otras, asociadas a la experiencia que tuvimos en el hospital como:

- Participar como acompañante/guía en el proceso de hospitalización
- Actuar como estimulante hacia el tratamiento como hacia la vida, así como para seguir con los estudios
- El asumir ser un mediador entre la familia y médicos para una estancia más agradable.

Las necesidades educativas que se demanda en las escuelas especiales relacionadas con la enfermedad necesitan equilibrar los efectos derivados de un ambiente hostil por la influencia de tantos factores que en estas situaciones se presentan con el niño enfermo, intentando en todo momento mejorar sus condiciones de vida a través de la educación.

Del Valle y Villanesco (1993) aclaran que la Pedagogía Hospitalaria no es una ciencia cerrada sino multidisciplinar, que se encuentra delimitando aún su objeto de

estudio para dar respuesta a aquellas situaciones que en la conjunción de los ámbitos sanitarios y educativos, la sociedad va demandando, haciéndose igualmente necesarios programas de atención al niño convaleciente.

Esta modalidad pretende ir más allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud; se trata de contemplar la repercusión personal y social que no puede ser sólo abordada por el personal médico, intentando un trabajo en equipo, aportando cada uno un elemento esencial que pueda ayudar y ser benéfico, para la mejora de la calidad de vida de estos niños.

“No se trata de sustituir al médico, enfermero, psiquiatra, psicólogo o maestro; el Pedagogo trata de trabajar de manera conjunta y aportando el saber específico de la Pedagogía, y así proporcionar de manera más integral ese otro elemento esencial “la educación” que mejore la calidad de vida de todos los agentes que conviven en el centro hospitalario, muy específicamente enfermos” (Castañeda: 2006:6)

En los últimos años la Pedagogía ha ampliado su espacio de actuación y por las funciones que cumple se ha ido implementando en los hospitales. También es importante mencionar que la Pedagogía Hospitalaria según Grau (2001:25) retoma las aportaciones de la Pedagogía Terapéutica; esta situación fue reconocida en México en 1912 por la Secretaría de Educación, la cual permita la existencia de la escuela en el Hospital, pero fue hasta 1944 cuando el trabajo de los maestros que realizaban dentro del Hospital comenzaba a ser valorado.

La SEP (2010) en el libro “Apuntes de Pedagogía Hospitalaria” menciona que esta nueva integración a los hospitales ha dejado huella no sólo en España, sino también en países como lo son Brasil, Argentina, Chile entre otros. En México esta nueva integración se ha puesto en marcha mediante el programa “Sigamos aprendiendo... en el Hospital”, por medio de la Secretaria de Educación Pública y la Secretaria de

Salud con el propósito de combatir el posible rezago educativo de niños y jóvenes que se encuentran hospitalizados.

Entre los Hospitales que ya cuentan con este programa están: El Hospital Infantil Federico Gómez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital General Dr. Manuel GA Gonzales y el Hospital General de México; cada uno integrado por docentes o pedagogos capacitados para el buen manejo de las situaciones que se presentan en hospitales así como para cumplir las funciones y objetivos que el programa ha puesto.

Este programa va encaminado a enmarcar el desarrollo social (educación) y humano (salud) para establecer la conexión entre ambas y realizar las pertinentes adaptaciones que se requieran para una mejora de las situaciones que se presentan en los hospitales con diferentes niños.

Cada hospital cuenta con aulas hospitalarias adaptadas a estas situaciones, así como el material necesario para el trabajo dentro de las mismas. Es importante mencionar que esta labor no sólo se desarrolla dentro de las aulas, también se realizan actividades con niños que no pueden incorporarse por situaciones de salud, por lo que se trabaja con ellos en cama.

Las funciones del aula Hospitalaria que nos menciona Grau Rubio(2001:44) son:

- Compensar el posible retaso académico
- Ocupar el tiempo libre
- Promover la independencia y confianza del niño en el medio hospitalario
- Compartir las preocupaciones y los problemas de los niños, animándolos.

Estas funciones son necesarias para colaborar con los niños y padres de familia, así como con los profesionales encargados de la recuperación del niño enfermo, ya que

su calidad de vida va a depender de alguna manera de la normalización de vida que se le ofrezca.

Por lo cual Grau (2001:28) menciona que existen necesidades educativas especiales que requieren actuaciones también especiales debidas a muchas y variadas razones, como son:

- La llegada a un lugar desconocido
- La separación de la familia
- La ruptura con la vida cotidiana
- La preocupación por el absentismo escolar
- La incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad
- El sentirse mal

Tomando en cuenta estos puntos, el niño es considerado como un alumno con necesidades educativas especiales aunque no cuente con un trastorno mental; el niño hospitalizado enfrenta dificultades para aprender dichas dificultades se asocian a los padecimientos que sufre durante su ingreso, de hospitalización y la intervención médica, incluyendo la separación de la familia.

La Pedagogía Hospitalaria abarca el seguimiento escolar del niño dentro del hospital que apoya en la labor del Pedagogo mejorando su calidad de trabajo, para evitar un rezago educativo y los trastornos emocionales, sociales y psicomotrices que esto pueda causar durante y después del tratamiento. El Pedagogo debe preparar al niño para su salida del hospital y reincorporación a su escuela de procedencia. A diferencia de la Pedagogía Terapéutica y Especial, esta Pedagogía está inmersa en Hospitales y atiende problemáticas educativas dentro de este, para evitar que los niños pierdan la secuencia de actividades escolares, enseñanza de las mismas y los aprendizajes que resultan de estos.

Ya se ha mencionado dentro de este apartado que existen diferentes etapas que conlleva la estancia en hospitales, como menciona Grau (2001:38, 39 y 41) son “el

ingreso”, “la estancia” y finalmente el “alta”, conformando un contexto general con el cual se estará trabajando día a día, por lo cual es conveniente explicar de manera general cada una de estas etapas.

### **Fase de Admisión**

En la Admisión los médicos se encargan de informar al paciente sobre el tratamiento y si llegase a ser quirúrgico o de algún tema más delicado (muerte, cáncer, etc.) se trata de una forma particular con la familia, para que la noticia, la estancia y el tratamiento sean colaborativas y afectivas, superando y aceptando el trauma de ingreso

El niño presenta cierto nerviosismo desde su primer cita, antes de ser sometido a hospitalización, poco a poco empezará a reflejar diferentes cambios por la ruptura que se realizará de acuerdo a lo que estaba acostumbrado.

### **Fase de Estancia**

Es la etapa inicial y de desarrollo del tratamiento; debido al tiempo necesario que se requiera, comenzarán a aparecer esas necesidades especiales y personales en cada paciente, por lo que importa contemplar no en su totalidad pero si las necesidades más básicas dentro de la hospitalización con cada uno del personal implicado, los padres o familiares, los profesionales y el voluntariado.

Cada uno de los niños presenta diferentes formas de llevar y aceptar el tratamiento, pero en el caso de los familiares es indispensable para que puedan influir de manera adecuada en el estado de ánimo de cada pequeño hospitalizado. El apoyo puede consistir en charlas y orientaciones acerca de la forma que deberán tomar con sus niños durante el tratamiento y de ellos mismos. Tanto la familia como el niño deben de ser sostenidos para restablecer el equilibrio que en cierto momento se perderá por el cambio.

En el caso del personal será indispensable la manera de cómo integrar las actividades a cada uno de los niños tanto por su situación médica como el estado de ánimo que presenten.

### **Fase de Alta**

Las secuelas físicas derivadas del tratamiento, ya sean permanentes o temporales, tienen un impacto emocional al momento de regresar a la escuela o en la realización de las labores cotidianas por lo que, de acuerdo a Grau (2001:41):

“...es preciso hacer alusión al seguimiento como parte de este proceso de hospitalización desmembrado de las fases de ingreso, estancia y alta.”

Estas fases no presentan las mismas consecuencias para cada paciente puesto que hay diversidad de razones personales que derivan emociones diferentes, por lo que es conveniente aprender a relacionarse con la personalidad de la familia y/o del paciente, además, durante este proceso no todos los pequeños resolverán los ejercicios o actividades en el tiempo y las formas establecidas, por lo que el pedagogo hospitalario, tendrá que tomar medidas adecuadas para cada caso.

Por tal motivo la Pedagogía Hospitalaria maneja distintas perspectivas, que abarcan cada etapa de la vida, que se relacionan con los modelos siguientes. Estos son los más adaptables a este espacio y que apoyan la labor del Pedagogo mejorando su calidad de trabajo, pero dependiendo de la valoración que se haga de cada paciente se elige uno o varios modelos con los cuales pueda trabajar el niño enfermo.

Grau (2001:54) identifica los siguientes modelos:

**Modelo Evolutivo:** El modelo es útil para compensar el retraso o lento desarrollo del niño, se trabaja marcando pautas de desarrollo y adquisición de conductas, para favorecer el aprendizaje académico que pudiese verse afectado y no causar problemas en su autoestima y/o autonomía

El desarrollo y el aprendizaje del niño van juntos ya que a partir de aptitudes cognitivas y emocionales se desarrolla una interacción social y el vínculo afectivo para el desarrollo.

**Modelo Conductual**, enfatiza en mejorar la calidad de vida del enfermo, como puede ser la adquisición de hábitos de autonomía y autocuidados de habilidades sociales, de recursos de afrontamiento, de control del dolor o sencillamente aprender a vivir con la enfermedad.

La conducta de los niños enfermos es variante en cada minuto de su estancia ya que pueden sufrir alguna alteración mientras se les enseña y es por eso que se debe moldear esta conducta, para que refuercen y cambien su actitud, este trabajo es largo y tardado para ver los resultados, pero sólo de esta manera el paciente puede adquirir autocontrol.

**Modelo cognitivo**: su interés está en el énfasis de la memoria a corto plazo, percepción o aprendizaje discriminativos, por su capacidad de generalizar estrategias ya adquiridas hacia otras situaciones dadas.

**Modelo Dinámico**: este modelo contempla la problemática emocional por falta de motivación, frustración y dificultades en el proceso de inter- relación; incluye: expresión plástica, dinámica, musical, corporal y dramático y terapias como: plastiterapia, musicoterapia, ludoterapia, terapia psicomotriz, entre otras.

Analizando lo anterior la pedagogía hospitalaria surge para atender un problema educativo dentro de este ámbito; Existen instituciones donde se realiza la implementación de modelos útiles para las diferentes necesidades que presentan los niños en este contexto. Sin embargo, existen hospitales como el Juárez, el Hospital Ángeles, el Hospital de la Mujer, entre otros, en los que aún no se cuenta con este apoyo pedagógico que ha beneficiado en aquellos otros donde si se lleva acabo como: el Hospital General De México, el Siglo XXI, el Infantil, entre otros.

No obstante, es importante mencionar que para realizar esta labor se necesita conocer aspectos generales sobre los tratamientos enfermedades y/o padecimientos que se pudieran atender sin involucrar sentimientos afectivos que vayan más allá de lo profesional. Si en este caso el Pedagogo involucra sus sentimientos, la labor educativa que desempeñara no será la misma, debido a que él se verá inmerso en situaciones en las que deberá detectar la problemática con la menor implicación personal posible.

### 1.5 PEDAGOGIA DE LA DIVERSIDAD

La diversidad está presente en cada momento y espacio de la vida: todo el tiempo se convive con personas de distintas creencias, estatus económico, cultura, color/raza, etcétera; estas características hacen que surjan diferentes necesidades en cada individuo. Las relaciones y formas de convivencia que se tienen día a día en la vida cotidiana conllevan a distintas maneras de percibir la realidad y de desarrollar aptitudes positivas hacia la sociedad. La educación es parte fundamental de esta situación, la cual ofrece la posibilidad de una conciencia desinteresada, racional y la aceptación ideal a preferencias distintas.

El concepto de diversidad entró con fuerza al mundo pedagógico con el apoyo de la LOGSE (Ley de Ordenación General del Sistema Educativo) al adoptarse el sistema de "**la escuela comprensiva**"<sup>3</sup>, desde el punto de vista escolar.

Para entender a la Pedagogía de la Diversidad se recurre a la cultura de la diversidad. Besalú (2002:26) concibe a la cultura como "la manera de ser de una

---

<sup>3</sup> El proyecto para la Reforma del Sistema Educativo (M.E.C., 1987): "Por escuela comprensiva se entiende una forma de enseñanza que ofrece a todos los alumnos de una determinada edad un fuerte núcleo de contenidos comunes dentro de una misma institución y una misma aula, y que evita de esta forma la separación de los alumnos en vías de formación diferente que puedan ser irreversibles. En ella se condensaban las aspiraciones de la igualdad de oportunidades, cultura superior y común para todos los alumnos y apertura a la diversidad dentro de una misma escuela". ([www.luiscarro.es/incusion/educacion\\_para\\_Todos/comprendiva/htm](http://www.luiscarro.es/incusion/educacion_para_Todos/comprendiva/htm).) Antonio Ferrándiz(1988:10) nos dice: "La escuela comprensiva supone un modo de organización del primer ciclo de secundaria"

comunidad humana, todo lo que aprende y se transmite socialmente, como las creencias, sus valores, sus costumbres, etc.”

Sipán Compañe (2001:36) plantea que “La cultura de la diversidad, como miembro educativo crítico, tiene como propósito fundamental el saber desarrollar teorías y prácticas de izquierda que contribuyan a la emancipación personal y social del ser humano y contrarresten el mundo cosificado del pensamiento único que, como ideología, está imponiéndose en todo el mundo”

Esta culturalidad existe en cada comunidad, familia y persona, haciéndose presente en cada momento de la vida y del comportamiento con la sociedad. Por ello se tiene que aprender a convivir y respetar a los demás, es decir, se habla del estremecimiento de las culturas, de las condiciones que le atribuyan a la cultura de su preferencia, sino que la cultura de la diversidad exija que sea la sociedad quien cambie sus conductas y sus cualidades respecto a las personas excepcionales, para que estas no se vean sometidas a la opresión de la normalidad.

La Pedagogía de la Diversidad, se preocupa por la forma de trabajar de la institución educativa y de aquellos niños y/o jóvenes que requieran de un espacio y métodos diferentes para aprender, sin importar su apariencia y forma de ver la vida. No es fácil propiciar la colaboración, la igualdad, la comprensión, el respeto entre las personas y menos cuando se es niño y la familia no aporta soluciones ante estos problemas, debido a esto hay quienes crecen sin ninguno de estos valores.

La importancia de la Pedagogía de la Diversidad radica en educar y formar hombres con ética y sin racismo o desigualdades fomentando el aprendizaje igualitario ya que todos tienen las mismas capacidades y derechos. Estas cuestiones dentro del Hospital radican gran importancia, debido a que algunos niños juzgan las apariencias o situaciones entre ellos. Muchas veces estas acciones hacen sumisos a los niños con enfermedad, y en el caso de los niños con cáncer es difícil dicha unión con los

demás, debido a la crítica de la caída de cabello, la palidez e incluso moretones y aberturas en la piel.

Para entender lo anterior Besalú (2002:38) hace a la educación parte importante para combatir las desigualdades y propiciar un acercamiento social; señalando dos modelos de alumnos:

- a) El primer modelo son a los que “consideran que atender a la diversidad significa ocuparse precisamente de los alumnos diversos, es decir, problemáticos.”, todos aquellos quienes presentan problemas de conducta hacia os demás por diferentes cuestiones, como: problemas en casa, personales o educativos.
- b) En el segundo modelo considera “que diversos son todos los alumnos y que, en consecuencia, la atención a la diversidad no es sino un sinónimo de la buena pedagogía, porque todos los alumnos han de poder desarrollar al máximo sus posibilidades y capacidades, recibir la atención que precisen para compensar su déficit...” es decir que los alumnos podrán resolver sus problemas con apoyo de profesionales, tomando en cuenta la capacidad de cada uno para intervenir de manera directa ante cada situación.

La Pedagogía de la Diversidad se preocupa por la forma de trabajar de la institución educativa y de aquellos niños y/o jóvenes que requieren de un espacio y métodos diferentes para que aprendan de la mejor manera posible.

Un ejemplo es lo que O´ Brien (2005:34) sugiere: “... si estamos de acuerdo en que uno de los factores de la atención a la diversidad consiste en amoldar el estilo docente a las necesidades del aprendizaje, el sistema educativo debe prever el modo de identificar estas necesidades.”

Con base en lo que este autor menciona se destaca que para profesores y directivos este nuevo concepto da un giro a la educación, ya que en las aulas, existe variedad y diversidad entre los niños, pues lo esencial del hombre es que somos todos diferentes pero compartiendo un mismo lugar, por ejemplo:

Las escuelas están preparadas para enseñar a niños en condiciones estandarizadas “normales”, en las cuales el personal no está capacitado para atender niños

especiales o que requieren atenciones diferentes a los demás, como lo son los niños hospitalizados, que sólo por alguna diferencia son mandados a otras instituciones que puedan ayudar a su formación o pueden enfrentar el rezago educativo, de lo cual resulta importante y necesario ayudarlos en sus aprendizajes sin tener que discriminarlos.

Aguilar (1998:7) señala que “ciertamente estamos lejos de una educación acorde con la necesidad de este momento histórico y que posibilite un avance en la construcción del ser humano del siglo XXI”. Lo que hoy sucede en la escuela, está muy alejado de nuestras aspiraciones. Para ejemplificar lo anterior, se presenta el siguiente cuadro

**Cuadro2.-Situación actual de la Educación / lo que se pretende.**

<b>LO QUE HAY</b>	<b>LO QUE QUEREMOS</b>
Educador y educando pasivo	Educador y educando activo
Instrucción	Construcción de conocimiento
Visión ingenua de la realidad	Visión activa y transformadora de la realidad
Verdad absoluta	Visión pluralista de la realidad
Repetición y "adaptación" social	Construcción social y "adaptación"

Fuente: Aguilar A. Mario, Bize B. Rebeca.(1998)La Pedagogía de la Diversidad. Una propuesta de inspiración Humanista

De acuerdo con lo anterior, las escuelas pueden fomentar el sentimiento de colaborar en conjunto con otras comunicaciones evitando el aislamiento de niños y jóvenes distintos. Esto incluye a la reincorporación de los niños que por motivos de enfermedad fueron hospitalizados. Aguilar (1998) menciona las siguientes características de diversidad en la escuela.

- Una amplia gama de diversidades en relación con la cultura, la clase social, el género y las capacidades cognitivas y psicomotrices, motivaciones de los alumnos;

- La falta de una relación directa entre la cultura y la clase social, para mejorar resultados escolares que obtienen de los alumnos.

Lo central de la educación es la formación humana, el hecho de que los niños puedan tomar sus propias decisiones en cierto momento, que crezcan como seres que se respeten así mismos y respeten a los demás; el respeto no es la obediencia, el respeto es la posibilidad de colaborar, de no hacer críticas que afecten su propio sentir, su situación. Ante estas situaciones es válido integrar ciertas características que competen el hecho de incluir esto en el aula hospitalaria, donde se presenta la diversidad de edades, padecimientos, de estatus social, color de piel y niveles o grados educativos.

Complementando lo anterior, Sagastizabal (2004:23) señala que “el modo de atender a la diversidad es disminuir las carencias por medio de políticas educativas compensatorias.”

Estas políticas deben lograr combatir la desigualdad en las escuelas y/o, en dado caso, en los Hospitales y así optimizar en los sujetos diferentes formas específicas de mejorar en el desarrollo de potencialidades sin tener que ser excluidos del lugar donde se encuentren, debido a que tradicionalmente las personas diversas eran vistas como marginadas y los niños/jóvenes estudiantes eran rechazados por las instituciones, compañeros y demás personas.

En la actualidad, no se sabe con exactitud si todas las personas están de acuerdo en considerar que la diversidad es ineludible a la educación, aunque tienen presente que todas las personas son diferentes y que no es correcto categorizarlas o jerarquizarlas en función de sus diferencias. Muchas veces la educación no es concebida para atender a personas con discapacidades, pero existen muchos niños que requieren de algún programa fuera de la escuela regular; este es caso de los niños hospitalizados.

A partir de la Pedagogía de la diversidad se forman sujetos pensantes desde una perspectiva, más abierta y fuera de tabúes para formar criterios más amplios y fuera de prejuicios, con una conciencia más amplia para mejorar en el trabajo individual y en equipo, como requiere el trabajo docente en el **aula multigrado**<sup>4</sup>, características de las aulas hospitalarias. En estas aulas los contenidos se reflejan en torno a aprendizajes instrumentales, a las actividades recreativas, técnicas de expresión, comunicación y sesiones de lectura, así como trabajos manuales. Todo esto con la finalidad de animar al niño a pesar del estado de salud en el que se encuentre.

---

<sup>4</sup> El trabajo Docente, en las condiciones del aula multigrado, implica atender simultáneamente a niños y niñas de diversos grados, lo que presenta tanto ventajas como dificultades en el desarrollo de los procesos de enseñanza.(SEP, coord.. José Jiménez García.2004:5)

## **CAPITULO 2.- LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA EN EL AMBITO HOSPITALARIO**

### **2.1 LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA.**

El termino orientación es entendida como ciencia y como movimiento organizado que surge a comienzos del siglo XX, la cual tiene unanimidad entre algunos autores al referirse a sus antecedentes, como Serrano(1999) y Rodríguez(s/a), ambos coinciden en señalar a algunos filósofos griegos como Sócrates, Platón y Aristóteles con distintos modos de concebirla.

La Orientación abarca los conceptos de guía, gestión, gobierno y se dirige a ciertas finalidades educativas y vocacionales para ayudar a las personas a conocerse a sí mismas y al mundo que las rodea. (Rodríguez, s/a: 22).

García Hoz en (Serrano, 1999:33) considera que la orientación es el proceso de ayuda a un sujeto en el desarrollo de sus capacidades para enfrentar los problemas que la vida le plantea, el cual se realiza a lo largo del tiempo no en cuestión de días

Por otra parte la LGE (Ley General de Educación) define a la orientación como “consustancial al proceso educativo, sus finalidades es la de ayudar al alumno a lo largo de su escolaridad para que pueda formular y realizar responsablemente su propio proyecto de vida...” Toscano (1999:34)

Toscano nos menciona que en 1970 la LGE reconoce que la orientación es un servicio continuo de los estudiantes, teniendo una tutoría de apoyo en la enseñanza general básica, media y superior, por esta razón que la orientación se integra al sistema educativo para alcanzar el desarrollo de la personalidad y adquisición de ámbitos de estudio. Por lo anterior se entiende a la Orientación como un proceso de guía y desarrollo de los sujetos, mediante pequeñas intervenciones que proporcionan las herramientas para dar una posible solución a sus problemas de vida.

Rodríguez (s/a, p.15) encuentra los siguientes principios generales de todo proceso orientador:

- a) Los procedimientos de la conducta individual, tratando de resolver carencias, flaquezas y debilidades;
- b) La orientación nunca es aislada ni obligatoria ya que el orientador es un especialista e inclusive un consultor- asesor;
- c) La orientación reconoce la dignidad y derecho de elegir de las personas, estos principios enmarcan esta labor orientadora.

Rodríguez (s/a: 16) menciona equivalentemente que la orientación se rige por tres principios fundamentales:

- ***El de prevenir*** que anticipa circunstancias obstaculizadoras y problemáticas.
- ***El de desarrollo***, que promueve el desarrollo integral de la persona.
- ***El de la intervención social***, que implica actuar conscientemente hacia la consecución de cambios.

Hoy en día la orientación retoma estos principios para generar nuevos complementos en el apoyo de la acción orientadora, tanto del sistema educativo como dentro del social, sin dejar de lado las funciones básicas que desde tiempo atrás han caracterizado a la orientación. Estos principios ayudan a la orientación, para conocer y apoyar a las personas en la creación de herramientas, para su ajuste personal y social.

Lo anterior alude a Jesse B.Davis (en Bisquerra, 1996:25) quien integra a la orientación educativa al curriculum escolar, con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos; su objetivo era lograr que el alumno obtuviera una mejor comprensión de sí mismo y de su responsabilidad social. Otra aportación importante es la de Gal Roger (1958:1) quien menciona que “la orientación escolar es un proceso indirecto y

paulatino de la orientación profesional por la elección de las disciplinas estudiadas o las técnicas practicadas; teniendo como objetivo el disminuir el número de individuos que no han sabido elegir sus potencialidades y habilidades futuras”.

Aludiendo a estos aportes se explica que la orientación funge como guía en el proceso personal y educativo ante las situaciones que el sujeto presenta a lo largo de la vida, sin embargo, como disciplina no da las soluciones para cada situación de elección escolar o personal; es decir, solo da las herramientas necesarias para adaptar mejores alternativas dependiendo el caso o situación en la que se encuentra vinculada cada persona. Independientemente de la alternativa que se elija, la orientación puede apoyar de manera general con la función de guía educativa, diagnosticadora e informativa.

## 2.2 DIFERENTES FORMAS DE APOYO A LA FORMACION DE INDIVIDUOS

En el apartado anterior se mencionó los principios y concepciones de la orientación, ahora se destaca que este término, cumple con distintas funciones para facilitar el aprendizaje, y la ayuda en el proceso formativo de los sujetos. María Luisa Rodríguez (s/a:16-17) identifica las siguientes:

- 1.- **Función de ayuda.** Para que el orientado consiga su adaptación, en cualquier contexto, momento o etapa de su vida y en cualquier contexto. Para prevenir desajustes y adoptar medidas correctivas, reforzando las aptitudes del propio orientado.
- 2.- **Función evolutiva y educativa.** Para reforzar en los orientadores todas las técnicas de resolución de problemas y adquisición de confianza en las propias fuerzas y debilidades; integrando esfuerzos de profesores, padres, orientadores y administradores por la convicción de estrategias.
- 3.- **Función asesora y diagnosticadora.** Por lo que intenta recoger todo tipo de datos de la personalidad del orientado, ¿cómo integra el conocimiento y actitudes? y ¿cómo desarrolla sus posibilidades?
- 4.- **Función informativa.** Sobre aquellas posibilidades que la sociedad ofrece al educando, programas educativos, instituciones a su servicio, carrera y profesiones que deben conocer fuerzas personales y sociales que pueden influirse, etc.

Estas funciones suelen ser muy complejas debido al proceso extenso y laborioso para cumplir las necesidades que van encaminadas a un mismo fin, el bienestar de los individuos en sus aspectos emocionales y conductuales, integrando práctica y experiencia para saber cómo actuar en su vida cotidiana.

Una vez conocidas las aptitudes, intereses, posibilidades y limitaciones de los estudiantes, la orientación retoma estas funciones para apoyarlos en su proceso de enseñanza- aprendizaje, y en la planificación y desarrollo de sus adaptaciones hacia el área profesional, siempre y cuando tengan conocimiento de las mismas. Estas funciones no solo se dan en una escuela regular, un claro ejemplo son los niños dentro del hospital, quienes sufren la ruptura del aprendizaje, el atraso en su proceso educativo mediante su media o larga estancia en el hospital, las limitaciones ante la asistencia escolar o la pérdida de motivaciones, habilidades e integración social.

Debido a lo anterior el Programa de Pedagogía Hospitalaria de la SEP (2009:5) emitido por la administración federal brinda orientaciones para el desarrollo de competencias docentes hospitalarias, con la finalidad de conducir a la reflexión y revisión de los procesos que intervienen en el ámbito hospitalario, como un componente más en la calidad de la educación.

### **2.2.1 MODELOS DE INTERVENCION EN LA ORIENTACION EDUCATIVA**

El proceso de orientación debe ser encaminado por diversas formas y/o modalidades para ejercer su función, dependiendo de la situación o complejidad del ámbito hospitalario en este caso .El apoyo que se recibe del orientador está guiado y basado en los diferentes modelos de intervención, los cuales ejercen una función distinta para las diferentes formas de apoyo que cada sujeto necesita. Por otro lado la orientación escolar toma en cuenta al alumno como un ser inteligente al cual puede

apoyar en el desarrollo de sus habilidades, para reforzar el conocimiento que ya había adquirido con anterioridad, basándose en los modelos correspondientes. Pero ¿Qué es un modelo?

Velaz de Medrano Ureta (1998:11) encuentra diferentes significados de modelos con base a los siguientes autores:

- Para Bisquerra (1992:177), los modelos son “estrategias fundamentadas que sirven de guía en el desarrollo del proceso de orientación en su conjunto (planificación, puesta en práctica y evaluación) o en alguna de sus fases...”
- Para Rodríguez Espinar y otros (1993), “Un modelos es la representación de la realidad sobre la que hay que intervenir, y va a influir en los propósitos, los métodos y los agentes de dicha intervención”

Por lo tanto los modelos son formas o semejanzas de ciertos aspectos de hechos y estructuras, establecidos mediante el uso de símbolos que de alguna manera representan lo que están formando.

Escudero en (Velaz, 1998:112) encuentra los siguientes modelos:

**Modelo psicométrico:** Donde el orientador es un experto en técnicas de orientación, y el orientado el destinatario de los resultados de las mismas.

**Modelo clínico-médico:** El orientador es un diagnóstico y diseñador de intervenciones, que son puestas en la práctica por el tutor/profesor.

**Modelo humanista:** El profesor adquiere el papel de orientador activo. La orientación se entiende como un proceso de ayuda al individuo.”

Álvarez y Bisquerra en Velaz, (1998) distingue los siguientes tipos de modelos:

- **Modelos teóricos:** Se trata de modelos de origen teórico-académico que proceden de muy distintas corrientes (modelo humanista, modelo psicoanalítico, modelo conductista, modelo de la Gestalt, etc.), en el cual se propone comparar agrupaciones humanas desde el punto de vista político, ayudando a detectar semejanzas y diferencias en diversas cuestiones.
- **Modelos de intervención:** Se encargan de hacer una diferencia entre los modelos básicos (clínico, de servicios, de programas y de consulta) y mixtos (resultado de una combinación de enfoques, teorías, sistemas, etc.), dentro de estos se realiza una interpretación que refleja el diseño, la estructura y los componentes para una intervención.
- **Modelos organizativos:** incluyendo los modelos institucionales (sistemas seguidos por los ministerios, comunidades autónomas, instituciones europeas, etc.) y los modelos particulares (sistemas que ponen en marcha los centros educativos o los gabinetes privados de orientación) (pp.122-126).

Basuela en (Castellano, 1995) establece diferencias entre los siguientes modelos:

- **Modelo de counseling,** se centra en la acción directa sobre el individuo para remediar situaciones déficit. Aunque desligado del proceso educativo, su demanda aconseja una prudente utilización.
- **Modelo de consulta;** centrado en la acción indirecta sobre grupos o individuos y con el paso del tiempo ha adquirido un gran auge, ejercitando su función desde una perspectiva terapéutica, preventiva o de desarrollo.

- **Modelo tecnológico;** con las limitaciones propias de cualquier medio tecnológico y el desconocimiento del mismo, este modelo, que pretende fundamentalmente informar, y que goza de un importante auge en otros países, en nuestro país ha sido poco relevante.
- **Modelo de servicios;** se centra en la acción directa sobre algunos miembros de la población, generalmente en situaciones de riesgo o de déficit.
- **Modelo de programas;** una intervención a través de este modelo de acción directa sobre grupos, es una garantía del carácter educativo de la orientación.
- **Modelo de servicios actuando por programas;** este nuevo modelo de intervención directa sobre grupos donde presenta la particularidad de considerar el análisis de necesidades como paso previo a cualquier planificación con lo que una vez detectadas y priorizadas dichas necesidades, se podrá diseñar programas de intervención que den satisfacción a las mismas.

Todos los modelos mencionados, son útiles e importantes para confrontar las situaciones que los seres humanos pasan durante su lapso de vida escolar y personal. Aunque todos estos presentan características que ayudan en cierto punto en diversas necesidades o problemáticas, en este trabajo el estudio se centrara en el modelo del Counseling, el cual cumple los requisitos necesarios para confrontar las situaciones que se requieren en el ámbito hospitalario. El pedagogo realizará actividades que debe ir adecuando dependiendo de la situación de cada niño así como los objetivos a cumplir y los recursos que necesitará para tener una visión más clara de dicho proceso.

### **2.3 EL COUNSELING: UNA FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUALIZADO EN EL HOSPITAL**

El Counseling es un modelo de atención individualizada o actuación directa, el cual, también ha sido considerado sinónimo de Orientación; Barreto en Marti Gil (2013) lo considera como un «proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional». Surge en los años 30 en la llamada escuela de Minesota dentro del enfoque de rasgos y factores (Velaz, 1998:99)

Este modelo será empleado como un acompañamiento pedagógico individualizado a niños de 2 a 7 años del hospital que se encuentran en el área de hemato-Oncología, para apoyarlos en su proceso de Enseñanza-Aprendizaje como ya se ha mencionado anteriormente.

Aubrey (en Velaz, 1998:99) se refiere al counseling como: “el proceso psicológico de ayuda a la persona en la interpretación de la formación educativa y vocacional, en conexión con sus propias habilidades, intereses y expectativas...”

Por otra parte Carl R. Rogers (en Casanova,1989:599-603) dice: “que el counseling, fundamenta su visión educativa desde una perspectiva donde, reconoce el poder de la persona en el medio básico para llegar a aprender y a ser, a través de las relaciones interpersonales que surgen en la clase y en el grupo de encuentro. Él considera que el objetivo más importante del aprendizaje consiste en alcanzar el crecimiento personal, lo cual se logra mediante una concepción de la vida basada en la libertad.”

Velaz (1998:102), con base en Rodríguez Espinar y otros (1993:161) sostiene que “el counseling es un modelo de carácter eminentemente terapéutico y centrado en la acción directa sobre el sujeto”.

Las características fundamentales de este modelo son:

- Se basa en una relación personal diádica entre el orientador y el orientado
- Se trata de una acción orientadora puntual con un carácter reactivo y remedial
- Su objetivo prioritario es satisfacer las necesidades específicas del sujeto
- En el campo educativo, este modelo el orientador dirige el proceso, quedando el profesor-tutor en un segundo plano.
- Se basa en presupuestos próximos a la teoría de la personalidad”

Debido a las aportaciones de cada uno de estos autores, se puede observar que el Counseling es trabajado desde un enfoque centrado en la persona individual, alejado del modelo tradicional, el cual, está ajustado en la acumulación de conocimientos.

Este enfoque centrado en el alumno, trabaja con ciertas situaciones que le permiten cumplir su objetivo.

- Seguridad en sí mismo y los demás
- Confianza
- Aprendizaje significativo
- Autodisciplina,
- Autoevaluación,
- Ser persona con libertad, responsabilidad y creatividad.

Cada una de estas situaciones tiene una finalidad en común, que está dirigida al apoyo del sujeto ante la situación que presenta o requiera. Este modelo de Orientación no sólo es útil para el acompañamiento a los niños que asisten a la

escuela de manera regular, sino también es benéfico para aquellos niños que se encuentran hospitalizados, trabajando de manera directa e individualizada. A pesar de que las acciones correspondientes del Counseling pueden, en cierto momento, confundirse o tener similitud con la labor de la Orientación, existe diferencia entre ambas.

Boy y Pine (en Velaz, 1998:101), sitúan a estos dos conceptos de la siguiente manera, con base en la forma que adoptan Jiménez y Porras (1997:20):

**Cuadro 3. Diferencias entre Guidance y Counseling**

<b>Guidance</b>	<b>Counseling</b>
Mas cognoscitivo	Mas afectivo
Mas impersonal y público	Más personal, privado y confidencial
Generalmente iniciado por la terapeuta	Generalmente iniciado por el cliente
Mas colectivo	Es individualizado
El ámbito de actuación es vocacional.	Es multidisciplinar

Fuente: Velaz de Medrano, Pilar(1998)Modelos de Intervención Psicopedagógica Editorial EOS.

Velaz (1998) considera que el Counseling ha tenido determinadas influencias que han sido factores importantes para su conceptualización y su desarrollo; la primera de éstas se ubica en las teorías psicológicas, principalmente la de Rasgos y Factores, la cual busca identificar los elementos de la personalidad que serán recabados mediante el diagnóstico o terapias, por lo que pasa a ser un modelo clínico.

La otra gran influencia es la Teoría Humanista de Rogers (1942), la cual tiene una técnica propia de entrevista, con la finalidad de abordar cuestiones que van más allá del simple hecho vocacional. Este modelo integra las técnicas de dicha teoría, es decir, desarrolla la facilitación de la comunicación y la ayuda de la reestructuración de la realidad de la persona.

Con apoyo de estos factores en el Counseling, el Pedagogo puede favorecer a la formación de la personalidad del niño mediante un seguimiento personalizado de identidad sobre sí mismo, apoyando su sano y óptimo desarrollo dentro del hospital y preparándolo para una convivencia escolar fuera del mismo para que no sufra algún desorden emocional o escolar. Aunque el trabajo del Pedagogo con base al Counseling es de manera individual, en la propuesta de este trabajo, se retomará de manera personalizada y grupal, debido a las situaciones y limitaciones que existen dentro del hospital, ya que para que una persona aprenda, se requiere que sea capaz de percibir todo tipo de estímulos a través de los sentidos y la experimentación de sus acciones, además de una motivación para realizar mejor las tareas o actividades que se le designen.

Tal vez dentro de la propuesta y por el ámbito en el que nos encontramos no será posible que los niños corran, den marometas, tengan obstáculos de algún tipo de carrera, sin embargo nos centraremos en su motricidad fina y gruesa, es decir, manualmente las actividades educativas a desarrollar promoverán su imaginación, su desarrollo oral y del tacto, con la motricidad gruesa podremos estimular sus piernas, puntería y alguno que otro retos como saltar si es que su estado y tratamiento se lo permite, todo para que al salir del hospital pueda jugar e interactuar con sus compañeros familia y no ser señalado o punto de burlas o retraso escolar.

Gerad (en Martí, 2013) puede distinguir diversas fases en el Counseling. Este proceso de interacción verbal comienza con una primera fase de exploración (*exploring skills*), de los profesionales, quienes clarifican y entienden la situación de nuestro paciente, pasando a una segunda etapa, la de nueva comprensión y de acompañamiento con el conocimiento de la verdad sobre la enfermedad y su tratamiento (*understanding skills*) y llegar, finalmente, a una fase de acción (*acting skills*).

De esta manera, el trabajo como Pedagogo en el Hospital, a través del Counseling, será contemplado desde una perspectiva de cambio, orientada en dos sentidos: la visión médica y la visión escolar; en ambas se tratará de ayudar al alumno o paciente a concientizarse sobre las trabas que pudieran aparecer en su vida vinculadas con la enfermedad, a fin de ubicar estrategias de afrontamiento ante esa realidad, además de prevenir el rezago educativo.

### **2.3.1. EL COUNSELOR Y EL PEDAGOGO EN LA MISMA LABOR EDUCATIVA**

El término Counselor se le adjudica a quien trabaja el modelo Counseling, el cual, ayuda a los alumnos desde un enfoque completo e individual, situándose en escuelas tanto públicas y privadas, realizando labores que favorecen el aprendizaje dentro y fuera de la institución. Keat (1979) define al consunselor como “consultor” mientras que Shertzer y Stone (1972) lo identifican como asesor.

Algunas de las definiciones al respecto son:

El Counselor (Consultor Psicológico) es un profesional cuya tarea tiene como finalidad la promoción del despliegue de los potenciales y de las capacidades humanas, asesorando en la facilitación de cambios y transformaciones que permitan la superación de los conflictos hacia el pleno desarrollo de la persona. Facilita procesos de cambio a personas, parejas, familias y/o grupos dentro del marco de la normalidad, para la promoción del bienestar individual y relacional desde la prevención.”

Blocher en Shertzer (1972:44) indica que el counselor “...ayuda a un individuo a formar conciencia de sí mismo y de los modos en que reacciona a las influencias que sobre su conducta ejerce su ambiente. También lo ayuda a establecer algún significado personal de esta conducta y a desarrollar y clarificar un conjunto de metas y valores que orienten el comportamiento futuro.” Pero Keat (1979:79) sostiene que “El consejero de la conducta es una persona que trata directamente sobre el cliente sobre un nivel de operación o respuesta dentro de una relación de uno a uno”

El counselor o consejero está para apoyar al individuo en su desarrollo personal, no está enfocado a un solo criterio de la vida, busca potencializar las habilidades del sujeto para que posteriormente pueda generar diferentes maneras de vivir forjando sus metas y/o propósitos. Él tiene relación directa con personas, que necesitan ayuda en función a sus acciones e ideales de la vida, él podrá fomentar una cooperación en ciertas actividades para este desarrollo y para que el paciente logre tener una auto ayuda y auto control de sí mismo. También ayuda a las personas en una serie de circunstancias y ámbitos, de tal forma que éste se compromete en la eliminación o alternativa de limitaciones que impiden el desarrollo personal.

Como se ha mencionado, el Counselor apoya moralmente al paciente y con la ayuda de la orientación propone nuevas alternativas para darle solución a los problemas, es decir, le proporciona herramientas al paciente para que sea capaz de poner en claro sus ideas y pueda saber qué busca y qué es lo que pretende, en nuestro caso no se manejará dicho término, ya que somos pedagogas que solo utilizaremos las herramientas del Counseling pero no somos consejeras.

“El objetivo del Counselor no consiste sólo en hacer pruebas o ser psicometrista, sino en desarrollar la capacidad necesaria para hacer frente a las necesidades inmediatas del personal escolar.”(Keat, 1979:32). Por lo tanto éste debe indagar qué actividades resultan al niño de mayor interés o motivación, las cuales, lejos de ser tomadas de manera ficticia, pedagógicamente deberán dar las bases para su desarrollo escolar y estrategias que apoyen la implementación de las actividades.

Wrenn (1965) en Shertzer (1972:37) sugiere que el asesor debe cumplir las siguientes funciones:

- a) crear entre asesor y asesorado una relación, cuya calidad más notoria es la confianza mutua;
- b) proporciona alternativas para la comprensión de sí mismo y los cursos de acciones que se le abren al cliente;
- c) asegurar cierto grado de intervención en la situación en la que el cliente se halla y con las otras figuras importantes de su vida;
- d) ejercer sus liderazgos para facilitar el desarrollo de un ambiente psicológico saludable para sus clientes y, finalmente ;
- e) asegurar el mejoramiento del proceso del

asesoramiento mediante una autocrítica individual constante y (para algunos asesores) una atención amplia a los progresos que puedan aportar la investigación.

Con base en estas funciones se deduce que el Counselor promueve la seguridad en sí mismo y los demás, la confianza, la responsabilidad, el sentido de la cooperación, la aceptación a personas diversas, el aprendizaje significativo, la autodisciplina, autoevaluación, la autodirección y, lo más importante, el desarrollar personas con libertad, responsabilidad y creatividad, por lo tanto el pedagogo tendrá que usar estas características específicas para lograr que la relación entre él y sus alumnos o pacientes y esta al realizar los ejercicios para que no se sienta deprimido o sin confianza al no poder lograr correctamente las actividades, y así apoyar de manera completa integral su educación. En el cuadro 4 se puede mostrar de una manera más sintética la labor del Counselor en los distintos modelos que puede utilizar.

El trabajo del Counselor sea cual sea su estrategia, debe ante todo trabajar en un ambiente estable, tranquilo y lleno de confianza, esto no será fácil ya que no todas las personas son accesibles pero en este caso el Pedagogo no debe influir en las creencias, debe dar sugerencias, o forzar un cambio en la actitud, al igual que debe propiciar de una manera voluntaria e indirecta la modificación pertinente en la conducta.

El trabajo del Pedagogo que utiliza el Counseling dentro de un hospital, no consiste en dirigir, ordenar, moralizar, juzgar la actitud, ni persuadir las opiniones, ideales y decisiones de la persona, sino en facilitar, enseñar y orientar sobre las herramientas y elementos necesarios que, con el apoyo de un profesional pueda trabajar para, aclarar y conocer diversas opciones antes de cualquier toma de decisiones que tengan que ver con su persona. Por lo tanto, Bimbela en Martí Gil(2013:2) considera que "...el counseling otorga al paciente el papel de «conductor» de su propio proceso salud-enfermedad y al farmacéutico el de «facilitador» o «co-piloto» de esa conducción"

**Cuadro 4: Características de la labor del Counselor**

<b>Autenticidad</b>	Capacidad del entrevistador para ser él mismo, para que no haya discrepancia entre lo que se dice y lo que se experimenta.
<b>Respeto</b>	El entrevistador debe aceptar el hecho de que el orientado tiene derecho a tomar sus propias decisiones.
<b>Empatía</b>	Percibir correctamente lo que experimenta otra persona.
<b>Concreción</b>	Habilidad para expresar las experiencias en términos específicos.
<b>Confrontación de las incongruencias</b>	Consiste en manifestar al orientado las discrepancias que va manifestando.
<b>Personalización</b>	Hacer que el orientado se vaya apropiando de su propio problema.
<b>Auto-evaluación</b>	Compartir experiencias, aptitudes, reflexiones con el entrevistado, pero siempre con discreción.
<b>Relación al momento</b>	Cuando el orientador interpreta los sentimientos entre el entrevistado y él mismo en un momento concreto.
<b>Autorrealización</b>	Los orientadores deben saber expresarse libre y abiertamente sin emitir juicios.

Fuente:Elaboración propia retomando a: Bisquerra Rafael(1996).Orígenes y Desarrollo de la Orientación Psicopedagógica. Editoriales Narcea, España.

De tal manera, que en el hospital existe un ambiente hostil, donde la enfermedad altera las emociones del niño bajando su nivel académico y psicomotriz, por esto creemos pertinente agregar este modelo al hospital, de manera que se puede aplicar desde una perspectiva educativa, para formar y mejorar la calidad del niño dentro del hospital, preparándolo para su salida del instituto. Este modelo cumple con ciertas características como el trabajo en conjunto o individual con las personas, tiene una posición humana, se preocupa por el bienestar emocional y conductual de las personas, la disposición y habilidad para comprender carencias de cada niño.

El Pedagogo no sólo trabaja desde este modelo de orientación, también debe de integrar a su labor los principios pedagógicos del Plan de Estudio de Educación Básica que indican como ejercer una educación de calidad en los niños por lo cual se muestran los doce principios y la manera de cómo se integran a la labor del Conseling:

### **1.- Centrar la atención a los estudiantes y en sus procesos de aprendizajes.**

Desde el inicio y hasta el final de la clase se deberá de dedicar el tiempo totalmente al niño, el Pedagogo deberá de conocer su cultura, estilo de vida, las capacidades, intereses y motivaciones, para esto, necesitará de la confianza del niño quien en cierto momento le podrá platicar su vida.

El apoyo del counseling con este principio está estrechamente ligado, debido a que centra su atención al apoyo del orientado, buscando su bienestar, así como el Pedagogo debe centrarse en los aprendizajes del niño, que en conjunto se forma una unión de trabajo fuerte ante las situaciones que atraviesan los internados.

### **2.- Planificar para potenciar el aprendizaje.**

“El diseño de actividades de aprendizaje requieren el conocimiento de lo que se espera que aprendan los alumnos y de cómo aprendan... y que tan significativos son para el contexto que se desenvuelven.” (SEP, 2011:31)

Organizar actividades de aprendizaje a partir de las capacidades y recursos con los que se cuenten dentro del hospital y del tratamiento del niño, considerando el tiempo que se le designe al trabajo asignado por el Pedagogo, se seleccionan los temas y estrategias didácticas a trabajar, tomando en cuenta que en cualquier momento del día se puede interrumpir la sesión por factores ajenos a él.

### **3.-Generar ambientes de aprendizaje.**

“se denominan ambientes de aprendizaje al espacio donde se desarrolla la comunicación y las interacciones que posibilitan el aprendizaje.”(SEP, 2011:32)

Así que aun estando en el hospital se pueden generar estos ambientes, sólo es cuestión de adecuar o modificar pequeños detalles o ciertos recursos que propicien este ambiente, por ejemplo: pegar en la pared algunos trabajos que realicen los niños, llevar un pintaron movible, televisión, grabadoras, arreglar el lugar para recrear juegos en todo el espacio posible, inclusive las enfermeras pueden convertirse en agentes de aprendizaje al interactuar con los niños en algunas entrevistas o simplemente dando su opinión dentro de las actividades que se realicen o se dejen de tarea.

### **4.-Trabajar en colaboración para construir el aprendizaje**

Este principio es muy benéfico para el trabajo en conjunto con el Counseling, desde un enfoque educativo, algunos puntos que nos señala el Plan de Estudios (SEP 2011:34) son:

- “Que sea inclusivo
- Que defina metas comunes
- Que favorezca el liderazgo compartido
- Que permita el intercambio de recursos
- Que desarrolle el sentido de responsabilidad y corresponsabilidad
- Que se realice en entorno presenciales y virtuales, en tiempo real y asíncrono”

Como Wrenn (1965) en Shertzer (1972:37) mencionaba anteriormente sobre las funciones de un consejero “proporcionar alternativas para la comprensión de sí mismo” y este principio muestra seis características que apoyan dicha frase, al marcar parámetros de la forma de desarrollarse en el trabajo que se realicen y la actitud que deben tomar ante los aprendizajes que vayan construyendo.

## **5.- Poner énfasis en el desarrollo de competencias, el logro de estándares curriculares y los aprendizajes esperados**

## **6.- Usar materiales educativos para favorecer el aprendizaje**

Es importante que no se enseñe utilizando únicamente los libros ya que se torna un tanto tradicionalista y tedioso para los niños y más aún para los que están internados, ellos necesitan una motivación y ánimo que los induzca al aprendizaje. Este principio nos muestra algunos de los que podemos utilizar: como acervos de la biblioteca si hay en la escolita del hospital, material audiovisual, multimedia e internet (si se cuenta con esto último), material didáctico, dados, fichas, bloques etc.; para que los niños disfruten y les parezca más interesante una clase divertida e innovadora que una tradicionalista. El Pedagogo que aplica el Counseling podrá interactuar y acercarse más eficazmente utilizando estos recursos con los niños, así no lo verán como un maestro rígido.

## **7.-Evaluar para aprender**

“La evaluación de los aprendizajes es el proceso que permite obtener evidencias, elaborar juicios y brindar retroalimentación sobre los logros de aprendizaje de los alumnos a lo largo de su formación; por tanto es parte constitutiva de la enseñanza y del aprendizaje” (SEP.2011:31)

Es un poco complicado tener que evaluar dentro del hospital por que no se lleva un seguimiento como tal de las actividades pero es parte del enfoque evaluativo que le estamos dando al trabajo del Pedagogo dentro del hospital como docente, será necesario una evaluación diaria de ser posible, en cada actividad evaluar para cuando el niño deje la estancia se le haya podido valorar sus aprendizajes.

Las evaluaciones podrán ser de diversas maneras, podrán usarse listas, registros de los niños, evidencias del trabajo, observaciones del docente ya que el ámbito en el que se encuentran, no permite que sea una evaluación del todo cuantitativa ni

escrita, además de que no aprobarán o reprobarán algún nivel, pero deberán de contar con una evaluación ya sea en medio o al final de la clase para conocer y reconocer las necesidades que requieren los niños, así como los recursos que se pueden utilizar de apoyo extra

Los familiares podrán ser partícipes de estas evaluaciones ya que deben de estar al tanto de los aprendizajes esperados para su niño viendo sus avances o aspectos a fortalecer, y así pueda apoyarlo en los momentos que el Pedagogo no éste. Lo cambie

### **8.- Favorecer la inclusión para atender a la diversidad**

El plan de estudios de la SEP (2011:39) plantea que al reconocer la diversidad que existe en nuestro país, el sistema educativo hace efectivo el derecho a esta, al ofrecer una educación pertinente e inclusiva.

Al atender a niños con alguna discapacidad física, mental o cognitiva se trabaja la inclusión, se desarrolla el sentido de la igualdad y la pluralidad social entre los chicos del área y los padres de familia, el modelo del Counseling será pertinente ante tal situación ya que se requerirá de toda empatía, respeto y confianza, se le podrán dar las herramientas para que el niño pueda desarrollarse y enfrentar situaciones de conflicto por sí solo.

### **9.- Incorporar temas de relevancia social**

El Pedagogo que aplique el Counseling deberá tomar en cuenta que los temas de relevancia no serán los mismos para un niño en situación de hospital que para uno que no lo está, pero si deberán hablarle sobre los temas más importantes que estén presentes en la sociedad, como la violencia, el bullying, el ambiente, etc.

## **10.- Renovar el pacto entre el estudiante, el docente, la familia y la escuela**

“Se requiere renovar el pacto entre los diversos actores educativos, con el fin de promover normas que regulen la convivencia diaria, establezcan vínculos entre los derechos y las responsabilidades, y delimiten el ejercicio del poder y de la autoridad en la escuela con la participación de la familia.” (SEP 2011:40)

Se puede pensar que no deben establecer normas ni reglas en ésta labor pedagógica, pero será un punto que el padre de familia agradecerá y para el niño será un acto de motivación, el poder establecer sus puntos de vista acerca de cómo trabaja y proponerse metas que pueda cumplir dentro y fuera del hospital y así proporcionar una actitud retadora ante la enfermedad.

## **11.- Reorientar el liderazgo**

Algunas características del liderazgo que plantea el Plan De Estudios (SEP, 2011:41) son:

- La creatividad colectiva
- La visión de futuro
- La innovación para la transformación
- El fortalecimiento de gestión.
- La promoción del trabajo colaborativo.
- La asesoría y la orientación.

En esto como en otros puntos anteriores ya se ha ido manejando que el niño debe de combatir, dialogar y crear su propio conocimiento, estas características y con el apoyo del Counseling como parte de la personalización que trabaja, siembra en el niño una actitud de liderazgo donde él, es quien tome las decisiones, tendrá que valorarlas y analizar cuál es la que mejor le convenga, con apoyo del Pedagogo.

## **12.-La tutoría y la asesoría**

“La tutoría se concibe como el conjunto de alternativas de atención individualizada que parte de un diagnóstico.” (Sep, 2011:41) Con el apoyo del Counseling se podrá dar esta atención individualizada, y partir del contexto hospitalario en el que se encuentre el niño, así como de su cultura y raíces.

“La asesoría es un acompañamiento que se da a los docentes para la comprensión e implementación de las nuevas propuestas curriculares.” Como Pedagogas y trabajadores de la educación, nuestro deber es renovarnos constantemente para la mejora de la educación.

Es así como podemos notar que los principios pedagógicos se pueden trabajar en conjunto con el Counseling y poder integrar ambos conocimientos de Pedagogía y Orientación (counseling) para la atención, desarrollo y comprensión de los aprendizajes de estos niños que se encuentren hospitalizados.

## **CAPITULO 3 ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL Y LA PSICOMOTRICIDAD EN NIÑOS HEMATO-ONCOLÓGICOS**

### **3.1 EL DESARROLLO INFANTIL**

Los seres humanos pasamos por una serie de cambios generales antes, durante y después del nacimiento, los cuales constituyen al desarrollo de la personalidad, las conductas y/o inteligencias.

Marer, (2003) alude a una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad en constante desarrollo del individuo.

Delval (2008:21) señala que: “el desarrollo es el proceso que experimenta un organismo que cambia en el tiempo hasta alcanzar un estado de equilibrio.”

García(2002:15-19) enfatiza que el desarrollo se produce por una serie de causas y factores, como lo son, el potencial genético, el sistema neuroendocrino, el metabolismo, la alimentación y el ambiente ; los cuales hacen la integración a diversas concepciones que el desarrollo tendrá dentro de cada ser humano.

Por lo tanto, el desarrollo, es un proceso por el cual un recién nacido llega a ser adulto por medio de la maduración de sus capacidades y del crecimiento de sus órganos, hasta la muerte. Son diferentes las conceptualizaciones que se tienen del desarrollo de acuerdo con cada autor, sin embargo, coinciden en que dentro del desarrollo se presentan cambios progresivos, indispensables para la adaptación del sujeto. De tal manera que se da desde el momento de la fecundación, pasando por todas las etapas y cambios a los que es y será sometido, concluyendo con la capacidad de ser autosuficiente de forma personal y social.

Ajuriaguerra (1978) en García (2002:21) describe que:

El desarrollo infantil atraviesa por diversas fases, cada una de las cuales fundamenta la siguiente:

- a) La primera fase es *la organización del esqueleto motor* en la que se organiza el tono de fondo y la propia septicidad, desapareciendo los reflejos.
- b) La segunda fase es *la organización del plano motor*, en donde se va elaborando la motricidad voluntaria y afinando la melodía cinética.
- c) La tercera fase es *la automatización*, en donde se coordinan el tono y movimiento para permitir las realizaciones más ajustadas.

Cada una de estas fases es importante para el desarrollo del niño y es indispensable percatarse que sean cumplidas para evitar problemas que puedan presentarse, por ejemplo: que los pequeños no se sostengan por si solos o en un inicio su cabecita, inmovilidad en alguna parte del cuerpo, el habla, entre otras más que, de no ser atendidas, permanecerán y perjudicarán su vida.

Con base en lo anterior, Santrock (2007) alude a la importancia de la organización y comprensión del desarrollo, organizado por periodos, agrupados por edades, que son diferenciados por las acciones del niño. (cuadro 5.)

Los periodos mencionados, describen las acciones que cada individuo desarrollará durante la vida, por tal motivo es importante destacar cada uno, tomando en cuenta dichas acciones para enfrentar diferentes situaciones que hacen vulnerable al ser humano, mostrando cada uno estos procesos en diferentes tiempos y espacios.

En el proceso de desarrollo del niño, es importante describir lo relativo a la psicomotricidad, para detectar qué acciones está cumpliendo en cierto lapso de edad y sus acciones de desarrollo motriz e intelectual. Jiménez y Jiménez (2010:10) caracterizan a la psicomotricidad como:

“...el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento.” Estos movimientos le ayudarán al niño a mejorar su evolución de aprendizaje lecto-escritor, partiendo de que la escritura es un ejercicio innato que se va adquiriendo y mejorando conforme la psicomotricidad avance.

### Cuadro 5.-Periodos del Desarrollo Infantil

<b>PERIODO PRENATAL</b>	Va de la concepción al nacimiento y dura aproximadamente nueve meses. Durante este lapso, una sola célula se convierte en un organismo completo, con un cerebro y capacidades conductuales.
<b>INFANCIA</b>	Se extiende desde el nacimiento hasta el rededor de los 18 a los 24 meses. Muchas actividades psicológicas apenas están iniciando, la capacidad de hablar, de coordinar las sensaciones con los movimientos físicos, de pensar con símbolos de imitar, así como aprender de los demás.
<b>NIÑEZ TEMPRANA</b>	Va desde el final de la infancia hasta alrededor de los 5 a 6 años , los niños pequeños aprenden a ser más autosuficientes y a cuidar de sí mismos: desarrollan actividades que lo preparan para la escuela( seguir instrucciones, identificar las letras).
<b>NIÑEZ INTERMEDIA Y TARDÍA</b>	Abarca de los 6 a los 11 años, los niños dominan las habilidades fundamentales de la lectura, la escritura y la aritmética.
<b>ADOLESCENCIA</b>	Inicia aproximadamente de los 10 y 12 años terminando alrededor de los 18 a 22 años, destacan los cambios físicos, la búsqueda de independencia y de la propia identidad.

. Fuente: Santrock W. Jhon.(2007:17) Desarrollo Infantil. Onceava edición.

Una vez retomado de manera breve el desarrollo del recién nacido hasta la adolescencia, nos percatamos de los diferentes aspectos cognoscitivo, de personalidad, y psicomotricidad que hacen evolucionar al niño durante su crecimiento. Hemos retomado solo uno de estos aspectos, la psicomotricidad, por la edad y las cuestiones del Hospital, ya que abarcar en todos los aspectos antes

mencionados sería un tanto complejo; Para entender un poco más este concepto, se mencionan algunos autores e ideas que describen en que consiste esto.

García y Fernández (1999:15) identifican a la psicomotricidad como:

“La psicomotricidad es la técnica o conjunto de técnicas que tienden a influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica. El objetivo... de la psicomotricidad es aumentar la capacidad de interacción del sujeto con el entorno. “

García y Barruezo (2002:24) encuentran que el término trata de relacionar dos elementos hasta ahora desconectados, de una misma evolución: el desarrollo psíquico y el desarrollo motor.

Por lo tanto, se puede identificar a la psicomotricidad como el estudio y comprensión de los movimientos corporales que van de la mano con las habilidades mentales y educativas como: leer, escribir, sincronizar, socializar, analizar, comunicar etc.

Sobre esto, García y Barruezo (2002:25) exponen que: “... el desarrollo de las capacidades mentales (análisis, síntesis, abstracción, simbolización, etc.) se logra sólo a partir del conocimiento y control de la propia actividad corporal, es decir, de la correcta construcción y asimilación de lo que se denomina *El esquema corporal*”

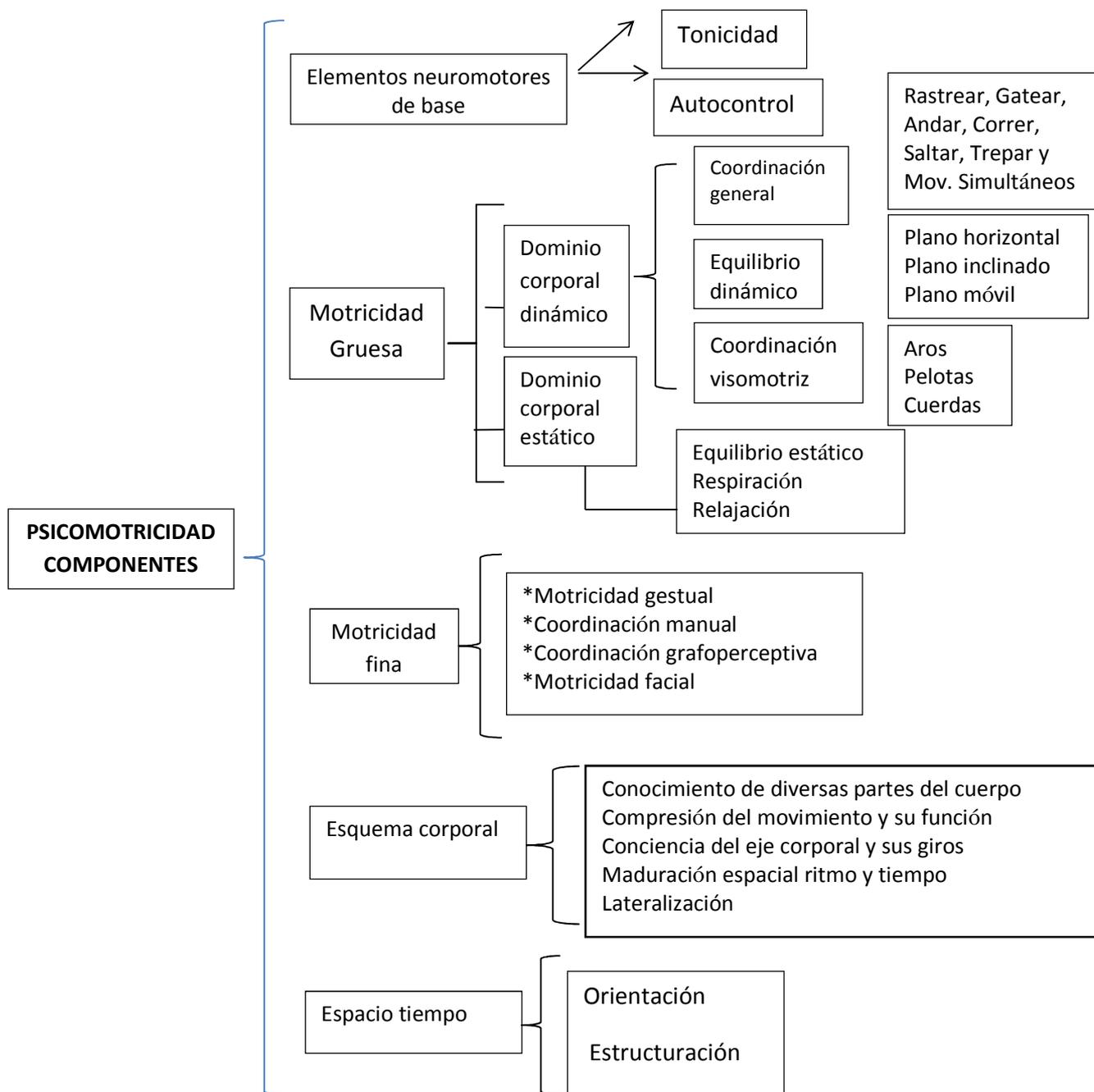
Los objetivos fundamentales de la psicomotricidad para estos autores son:

- Educar para la capacidad sensitiva(sensomotricidad)
- Educar la capacidad perspectiva (perceptomotricidad)
- Educar la capacidad simbólica y representativa (ideo motricidad)

Como consecuencia de esto, para la psicomotricidad es importante la unión de las capacidades mentales con actividades corporales ya que estas segundas son construidas por el niño.

Williams(1983) en García y Baruezo (2002:24) propone lo siguiente:

**Cuadro 6. Clasificación de las conductas perceptomotrices**



Fuente: García N. J. Antonio, Barruezo P. Pablo. (2002:24).Psicomotricidad y Educación Infantil. CEPE, S.L, General Pardiñas,95-28006. Madrid

Después de conocer y analizar los componentes de la psicomotricidad, podemos decir que cada aspecto de nuestro cuerpo trabaja en función de esta, desempeñando características que nos hacen propios y que con el paso del tiempo van mejorando, haciéndose más precisas y adecuándose a las habilidades y necesidades que van surgiendo conforme van creciendo.

Entre las actividades corporales del niño conforme va creciendo se encuentran la motricidad fina y motricidad gruesa, Stassen (2007) las caracteriza.

**La Motricidad Fina** involucra los pequeños movimientos del cuerpo (especialmente los de los dedos y las manos), los niños no tienen el control muscular, apenas comienza a tomar las tijeras para recortar e incluso el lápiz para escribir. Es decir, la motricidad fina se advierte en los reflejos, en los movimientos simultáneos y espontáneos, son la repetición y la práctica lo que irá mejorando y desarrollando la habilidad motriz que será gruesa; como la succión y el sujetar las cosas.

**La Motricidad Gruesa** abarca los grandes movimientos corporales como correr, trepar, saltar, lanzar, subir, escalones, saltar con un pie, comer solo, cepillarse los dientes, recortar solo con tijeras, arrojar la pelota etc.

Estos movimientos van ocurriendo en pasos, primero camina y descubre que puede hacerlo más rápido, después que puede dar ciertos saltos impulsados(saltos) y posteriormente correr, aunque se caerá o no podrá al primer intento pero será la forma en que construirá sus esquemas y los ira evolucionando.

En cuanto a esto, el desarrollo de la Psicomotricidad, implica a una persona en crecimiento que no es capaz de sobrevivir sin los cuidados de los adultos en los primeros meses y años, éste necesita de cuidados especiales como cambiarlos y darles de comer, conforme irá creciendo podrá desarrollar estas y otras actividades como correr, brincar, saltar, escribir, dibujar etc.; además de reflejos va adquiriendo en un tiempo determinado. Para explicar lo anterior, se retoma la siguiente cita.

Cabezuelo y Frontera (2010:15-16) nos dicen:

El desarrollo Psicomotor es un proceso unitario, pero sin embargo compuesto de la imbricación concomitante y paralela de dos tipos de desarrollo que los propios padres y educadores perciben como claramente diferentes:

1.- **El desarrollo motor**, de las habilidades ligadas al sistema formado sobre todo por huesos y músculos, capaz de efectuar movimientos .cada vez más complejos y precisos. La actividad muscular este siempre ordenada y coordinada por el sistema nervioso (cerebro, medula espinal y nervios periféricos).

2.-**El desarrollo Psíquico y afectivo**, ligado sobre todo a la actividad cerebral, de la que dependen funciones como el lenguaje, las manifestaciones afectivas y la relación social.

Estos dos tipos de desarrollo a pesar de estar representados de manera separada y cada uno realizar acciones diferentes, están ligados entre sí, el niño recibe diferentes estímulos que hacen posible esta conjunción del desarrollo motor y psíquico. Este desarrollo depende forzosamente del apoyo de un adulto que pueda mostrar el amor y cuidados que se requieren en este proceso. Es importante mencionar que cada niño reflejará este desarrollo en medida y tiempo diferentes, dependiendo de las condiciones de su organismo en cuanto a reflejos voluntarios o involuntarios y/o con apoyo de un adulto.

Cabezelo y Frontera(2010) mencionan que este desarrollo depende de tres factores que actúan sobre el bebé, el niño y el adolescente.

- El primero es el potencial genético, todos los genes que se van heredando de generación en generación donde se demuestran todas las potencialidades de crecimiento del niño.
- El segundo incluye las condiciones ambientales adecuadas, que dependen de la alimentación, de cuidados físicos, de higiene y protección.
- El tercero es el amor de los padres, necesario para el crecimiento del niño como persona; este cariño es reflejado en forma de caricias, abrazos y cuidados que se verán reflejados conforme van creciendo.

Todos estos aspectos relevantes para el desarrollo en general y el desarrollo psicomotriz, van a apoyar de manera fructífera al punto clave de esta investigación;

es decir, una vez comprendidas todas las acciones que el niño realiza desde su nacimiento, será más fácil percatarnos de las fallas que representen en algún momento, en este caso, con los niños hospitalizados; por lo cual es importante tomar en cuenta algunas teorías del desarrollo.

La idea de las diferentes conceptualizaciones de desarrollo integra diversas teorías, entendidas como un conjunto de diferentes afirmaciones con las cuales se explicarán los hechos. Cada una de ellas, contiene supuestos explícitos e implícitos acerca del cómo se produce el desarrollo, pero no todos coinciden en lo mismo. Algunas de estas teorías se enfocan en el desarrollo intelectual, físico o social, y así enfatizan en cuales son los aspectos que tienen más importancia estudiar o prestar más atención para aplicar métodos de solución.

Meece Judith (2000:18-22) menciona algunas teorías como las siguientes:

**Teorías biológicas:** Esta supone que el niño pasa por etapas invariables y predecibles del desarrollo, explicando los cambios de estatura, de peso, de lenguajes, de habilidades mentales y motoras.

**Teorías psicoanalíticas:** estas teorías se centran en los diferentes cambios evolutivos del yo y en la personalidad, donde el niño satisface sus necesidades en distintas edades marcando la pauta del desarrollo de su personalidad, obteniendo un pensamiento crítico. También sustentan que los determinantes de la conducta son inconscientes y están interesadas en estudiar la motivación.

**Teorías cognoscitivas:** Éstas suponen que el desarrollo es resultado de que los niños interactúan en forma propositiva con su ambiente, de tal manera que apoyan la creencia de que la naturaleza y la crianza explican su desarrollo.

Todas las teorías que se han mencionado, tienen diferentes características que determinan los momentos del desarrollo que caracterizan a cada sujeto. Están enfocadas con los diversos procesos que establecen la consecución de cambios

diarios que hacen énfasis en la vida de cada persona, sin dejar a un lado algunos de los aspectos que puedan detener o hacer tardío el desarrollo por el cual se desenvolverán.

Sin embargo nos enfocaremos sólo a la **Teoría Cognoscitiva** se retomó debido a la preocupación por la mejora en los aprendizajes de los niños hospitalizados y así evitar en un futuro posibles problemas de rezago educativo, siendo Jean Piaget quien la acepta y dice que los niños pasan por una secuencia invariable de etapas, las cuales son; sensoriomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. Él pensaba que el desarrollo se refleja en cambios cualitativos en los procesos y en las estructuras cognoscitivas del niño donde era el mismo quien iba creando sus aprendizajes, utilizando su propio cuerpo y sus procesos de memorización y reflejo, es decir, los infantes aprendían aprendiendo de lo que tuvieran a la mano o de lo que les rodeaba, y con la práctica, pudimos comparar y contrastar que se podían utilizar en el hospital.

Por lo cual, en este trabajo se retoman aspectos de esta teoría, debido a que las conductas que él establece dentro del desarrollo del niño son relativas a las acciones que en algún momento los niños hospitalizados reflejaron durante el tiempo que estuvimos trabajando con ellos, como la falta de motivación, las carencias educativas, las conductas después de cierto tiempo en hospitalización, les afectaba el ambiente en que se encontraban etc.

Las edades de los niños con quién se trabajó dentro del Hospital General de México variaban entre 2 y 7 años por ende su desarrollo se veía afectado de diferente manera, ante esta situación fue necesario trabajar específicamente con un rango de edades y así poder quedar acorde a los estadios y/o etapas del desarrollo de los niños que destaca Piaget, motivo por el cual esta investigación retoma la etapa Preoperacional.

### **3.2 LA TEORIA CONGNOSCITIVA Y LAS ETAPAS DEL DESARROLLO SEGÚN JEAN PIAGET**

En este apartado se hará mención de cada una de las etapas y/o estadios que Piaget nos plantea. Él trata de explicar el proceso de desarrollo cognoscitivo referido a la formación de conocimientos que el niño atraviesa, caracterizado por diferentes estructuras y acciones; es decir, a la diferenciación de su personalidad a través de la noción propia con base a su teoría Cognoscitiva.

Jean Piaget que fue un psicólogo suizo que vivió de 1896 a 1980, propuso que todas las personas pasan por una secuencia fija a través de una serie de etapas universales, sugirió que no sólo la cantidad de información aumenta en cada estadio, sino que también cambia la calidad del conocimiento y la comprensión.(S.Feldman, 2008; 26)

Piaget dividió en cuatro estadios el desarrollo humano tomando como último la edad de la adolescencia, a diferencia de otros teóricos que abarcan todas las facetas del hombre, este autor hace alusión al principio y proceso de cognición en los niños como base integral de la formación de un equilibrio, que se mencionará más adelante, pero que es funcional para la adquisición de nuevos saberes.

Piaget(1995:11) decía “El desarrollo es, en un sentido, un progresivo equilibrante a estados menos equilibrados, a un estado superior de equilibrio.” Es decir un constante sube y baja pero de nuestros saberes, se trata de renovarnos continuamente con respecto a nuestra acción, también supone que siempre hay un interés ya sea por gusto , agrado o necesidad, cuando realizamos alguna acción y nos funciona nuestra inteligencia o razonamiento nos hace comprenderla , analizarla y reflexionar lo que hicimos, Piaget (1995:13) menciona que “junto a las funciones constantes debemos distinguir por tanto las estructuras variables y es precisamente el análisis de estas estructuras progresivas o formas sucesivas de equilibrio el que indica las diferencias u oposición de un nivel a otro la conducta, desde los comportamientos elementales del recién nacido hasta la adolescencia.”

Como ya se ha mencionado antes las estructuras forman parte de la organización de los nuevos conocimientos en nuestra mente de modo que cuando se realice una nueva o una variable de la acción, estas estructuras lo acomoden según su área, y el conocimiento-aprendizaje no se pierda, además de poder usarlo en otras ocasiones, a esto se le conoce según Piaget como equilibrio; en cada uno de sus estadios explica el nivel de complejidad que el niño puede llegar a tener, y como apoyar estos avances.

Así como existe el equilibrio, el niño también pasa por un desequilibrio que es cuando el organismo o nuestra mente reajusta ante una nueva necesidad y puede decirse que nuestro razonamiento entra en un conflicto por no saber cómo actuar ante esta situación, debido a esto los pequeños lloran o los adolescentes tienen conflictos de autoestima, es decir el cuerpo reacciona ante esta necesidad, en el caso del bebé llora al querer comer y del adolescente por querer pertenecer algún grupo.

Relacionando lo anterior se entiende que “cuales quiera que sean las diferencias de la naturaleza que separan la vida orgánica (que elabora materialmente las formas y asimila a ellas las sustancias y las energías del medio ambiente), la inteligencia práctica o sensorio motriz ( la cual organiza los actos y asimila al esquematismo de estos comportamientos motores las diversas situaciones ofrecidas por el medio) y la inteligencia reflexiva o gnóstica (que se contenta con pensar las formas o con construir las interiormente para asimilar el contenido de la experiencia); tanto las unas como las otras se adaptan asimilando los objetos al sujeto.” (Piaget 1990:17)

Para complementar lo anterior, es necesario mencionar que hay tres circunstancias que permiten considerar a la asimilación como el dato fundamental del desarrollo psíquico en el nacimiento de la inteligencia del niño.

1.-“La asimilación constituye un proceso que la vida orgánica y la actividad mental poseen en común, y, en consecuencia, es una noción común a la fisiología y a la psicología.” (Piaget 1990:48)

2.-"La asimilación explica el echo primitivo generalmente admitido como el más elemental de la vida: la repetición" (Piaget1900:49)

3.- "La noción de asimilación engloba desde el comienzo del mecanismo de la repetición este elemento esencial mediante el cual la actividad se distingue del hábito pasivo: la coordinación de lo nuevo y lo viejo quien anuncian el proceso del juicio."(Piaget.1990:49)

En cuanto a la asimilación propia del reflejo, consta, como ya hemos visto, en una repetición acumulativa, que se va incorporando a la acomodación, es decir, van de la mano, para una vez acomodada la asimilación pueda ser reproducida como un esquema nuevo para pasar a otro nivel o acción por adquirir, al mismo tiempo el organismo se acomoda a lo que se ha asimilado.

Existe la adaptación hereditaria que asigna movimientos involuntarios y la adaptación de los hábitos, movimientos y elementos que se adquieren, es decir, la repetición de la adaptación adquirida se enfoca hacia un resultado nuevo mientras que la adaptación hereditaria no forma un aprendizaje. Piaget 1990:53,54)

Otro aspecto será la acomodación según Piaget (1990:72) "Es el conjunto de las asociaciones adquiridas en contacto con los objetos gracias al juego de complejidad creciente de los reflejos de acomodación."

Las adaptaciones, consisten en poner en progresivo equilibrio un mecanismo asimilativo y una acomodación complementaria. Cuando un órgano interviene en la conducta externa del sujeto la asimilación funciona y presenta un aspecto funcional y un aspecto anímico; por lo cual, no es tan evidente ni fácil la asociación de las experiencias sino hasta que se práctica constantemente debido a un valor significativo para el sujeto, es decir, la repetición y reproducción de estas asimilaciones adquiridas siempre formaran un nuevo juicio o forma de ver las cosas u objetos propiciando nuevas necesidades.

Estas acciones que el niño va teniendo durante su proceso de desarrollo cognoscitivo se van apropiando para la conformación de sus esquemas. Piaget (1990) menciona que los esquemas como nuevos sistemas de comprensión y acciones, que sucede cuando se encuentran en presencia de futuros fenómenos para lograr aplicación de medios conocidos a un nuevo propósito, ya que el niño coloca en presencia de tales objetos no se puede proponer otro objeto que no sea comprenderlo.

Una característica del esquema es la repetición como ya se había mencionado antes, ya que la asimilación no sucede de un día para otro, si no para irlo mejorando se necesita de la acción repetitiva, una vez que el niño ya ha asimilado y adoptado este conocimiento lo anexe al nuevo conocimiento de su esquema. Los diversos esquemas que el organismo valla desarrollando en un momento particular, forma una estructura, estas pueden ir cambiando desde lo instintivo hasta el pensamiento adulto.

Por ende, se necesita de diferentes aspectos encaminados a la *Percepción*, en la cual recibimos la información del mundo exterior; de la *representación*, donde se sitúa el lenguaje, con la finalidad de comunicarnos con los demás y dar paso a la memoria que nos permite recordar lo anterior para aplicar situaciones presentes y finalmente el *pensamiento*, donde se incluye al mismo tiempo el *razonamiento* donde se analiza los datos de entrada. Todas estas acciones humanas se distinguen para conseguir poco a poco metas cada vez más complejas.

Para adaptarse a ambientes complejos, la gente utiliza esquemas que posee, siempre que funcionen (asimilación) y modifica y aumenta sus esquemas cuando se requiere algo nuevo (acomodación [ ])

Para Piaget, todos estos procesos o funciones son parte importante del aprendizaje, debido a que las ideas de las personas cambian, así como sus conductas. Todas las personas comparten estas funciones, pero cada una desarrolla estructuras únicas,

en especial en las de adaptación y organización. Una vez entendido lo anterior, presentaremos los estadios que están divididos por edades, ya que Piaget explicaba que al llegar a cierta edad el niño era capaz de evolucionar sus acciones.

### **Primera etapa: El recién nacido y el lactante.**

Este estadio es mejor conocido como **Sensorio-motor** por las cualidades que tiene; Piaget escribió en su libro seis estadios de psicología (1995:18) "Este periodo consiste en una conquista mediante las percepciones y los movimientos, de todo el universo práctico que rodea al niño", algunas características que presenta el estadio son:

- 1.- Dura desde 0 a 18 meses o un año.
- 2.- El recién nacido lo refiere todo hacia su cuerpo.
- 3.- Su vida mental se refiere todo hacia su cuerpo ya que su cuerpo es su universo (coordinaciones sensoriales y motrices).

Para el recién nacido todas las acciones que realice serán a partir de sus reflejos, el primero y más importante es el de la succión, a partir de esto formará un hábito que complacerá sus necesidades y toda acción que realice posteriormente sólo le indicará lo que debe mejorar o lo que debe cuidar de no hacer para no estropear su placer, a esto Piaget lo llamó "integración de los hábitos y las percepciones organizadas" (1995:19).

Estas nuevas acciones sensorio-motrices se incorporan a un esquema aumentando el nivel de su coordinación y nociones repetidas que irán hacia su pensamiento.

Existen cuatro procesos que caracterizan sus funciones en los primeros dos años: las construcciones de:

- a) Categorías de objetos
- b) Categorías de espacio

c) Categoría de causalidad

d) Categoría de tiempo

Conforme van aumentando las acciones, la práctica y los hábitos se forma una conducta, esta implicará movimientos, sentimientos, emociones, afectividad y empatía, es cuando el infante comienza a experimentar más actos (acciones) intencionados que desarrollara más ampliamente en el siguiente periodo.

### **Periodo de los 2 a los 7 años: estadio Preoperacional**

Una de las primeras características de este periodo es la aparición del lenguaje que le permitirá al niño una interacción más profunda, derivando tres consecuencias que Piaget (1995:28) nos desglosa. “Un posible intercambio entre individuos, ósea, el principio de la socialización de la acción; una interiorización de la palabra, la aparición del pensamiento propiamente dicho, que tiene como soportes el lenguaje interior y de sistemas de signos, finalmente y de forma primordial, una interiorización de la acción como tal, que de ser puramente perceptiva y motriz, pasa a reconstruir en el plano intuitivo de las imágenes y las experiencias mentales.”

Lo que nos plantea es el proceso de cambio, ya que el niño se situaba en un universo egocéntrico y ahora comenzará a ser participante de otro plano de convivencia y socialización que será parte de su acomodación y nueva evolución mental que con el apoyo del habla se permite una comunicación más profunda fuera de la imitación y los gritos, Es así como el niño aprende a hablar, copiar sonidos y gestos por medio del habla y la imitación.

Como dice Piaget (1995:31) “Con el lenguaje el niño descubre, en efecto las insospechadas riquezas de un mundo de realidades superiores a él.” Se entiende que el habla, pasa a ser un todo para el niño de forma positiva. Dentro de los cambios que surgen con la aparición del habla, se destaca la presencia de órdenes y consignas por parte del adulto al infante y que el niño comenzara a comunicar sus pensamientos.

Esta forma de comunicarse o de hacer monólogos como lo llamo Piaget son parte de dejar el yo, es decir, aun continua ejerciendo el egocentrismo pero comienza a concientizar de las existencia de otras personas que al igual que él, expresan sus ideas y con eso comenzara a coordinar sus turnos, así como a explicar sus acciones, este lenguaje va a reforzar el pensamiento del niño, lo hará recordarlo, planear sus actos y además de que formara sus nuevas nociones para incorporarlas a sus esquemas.

Una de las actividades que refuerza el niño con el ejercicio del lenguaje es, el juego, su función según nuestro autor (1995:36)"... consiste , efectivamente, en satisfacer al yo, mediante una transformación de lo real en función de los deseos.", es decir, por medio del juego el niño rehace su vida o la futuriza y junto con la coordinación esto sería el pensamiento intuitivo, otra clasificación del pensamiento es el normal que lo explica como la construcción de sus saberes en forma de preguntas, es cuando el niño se interesa en lo real para asimilarlo surgiendo de las famosas preguntas ¿Por qué?, ¿Dónde?, comenzando a clasificar y a comprender lo real de la fantasía, ya sus preguntas buscan satisfacer sus intereses.

Los niños sustituyen a la lógica por momentos de la intuición, esto no nos asegura que el niño este razonando, sino, más bien está haciendo el proceso de asimilación y acomodación en los esquemas, será hasta la próxima etapa donde usaran más el razonamiento.

También es importante mencionar que el infante sólo contesta por repetición aunque ya existe un pensamiento representacional, hay que ser repetitivo con ellos, causa por la que llegan a olvidar las cosas y por la falta de atención, esta falta de atención se debe a la imitación y repetición, es claro que el niño no está razonando lo que hace, sino, está copiando a la gente que le rodea. Conforme avance de edad, los valores, la moral y la afectividad irán apareciendo de forma más madura en los niños.

### **El tercer estadio: Operaciones concretas**

Este estadio abarca de los siete a los doce años, etapa de escolaridad primaria. Una de las primeras características son la manera en la que van formando sus ideas y la forma de adecuar su conducta, por lo que vemos a los niños hablar solos o fuera de contexto, pero lo que en realidad hacen es hablarse a sí mismos para el comienzo de sus reflexiones y para lograr sea capaz de cooperar con los demás, debido a que ya coordina sus puntos de vista, haciendo de lado el egocentrismo que vivía en el estadio anterior.

La reflexión según Piaget (1995:59) “Es una conducta social de discusión por interiorizada (al igual que el propio pensamiento dónde un lenguaje interior y, por tanto interiorizado) de acuerdo con esa ley general según la cual saca siempre aplicando a uno mismo las conductas adquirirás en función de los demás.”

Entre otros aspectos que marca el autor en esta etapa son el inicio de la propia construcción lógica, lo que le permite el equilibrio de las ideas, engendra una moral de cooperación y de autonomía personal, explicando por identificación, el animismo va desvaneciéndose, también a partir de los siete años es capaz de construir explicaciones atomísticas, y al igual adquieren un sentido de conservación más notorio. Hacia los siete años el pensamiento del niño usa y organiza por medio de “sistemas de operaciones”, es decir formar estructuras más complejas y formar un equilibrio superior a los anteriores al igual que la asimilación dejando lado la intuición y egocentrismo.

Jean Piaget nos menciona en su estadio (1995:79) “La organización de los valores morales que caracterizan la segunda infancia es, por el contrario, compararla con la lógica propiamente dicha: se trata de una lógica de los valores o de las acciones entre individuos, al igual que la lógica es una especie oral del pensamiento.”

### **El siguiente estadio es : de las operaciones formales .**

En la adolescencia se sufre un cambio en la madurez, tanto psicológicos y sexuales. Piaget nos dice "El pensamiento con sus nuevas operaciones y la afectividad, incluyendo el comportamiento social." (1995: 82), de igual forma menciona que ya son capaces de construir y formar teorías al mostrar más interés por los problemas intelectuales y de su realidad; Piaget (1995: 86) " las operaciones formales facilitan, efectivamente, al pensamiento un poder totalmente nuevo, que equivale a deslingarlo y liberarlo de lo real para permitirle trazar a su antojo reflexiones y teorías" es decir, en las etapas anteriores los pensamientos que los niños tenían eran más lineales, como al preguntar cuanto es dos por dos, pero ya en la adolescencia el individuo puede reflexionar diversas situaciones y formas por las que se llega a este resultado, tener un análisis profundo sobre su actuar y las problemáticas que son de interés.

Otra característica de esta etapa es "La personalidad implica una especie de descentralización del yo que se integra a un programa de cooperación y se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas" es decir que el adolescente regresa al egocentrismo como cuando era recién nacido ya que vuelve a ver al universo como suyo pero desde un enfoque reflexivo enfocado a la creación de su personalidad, en esta edad todo será objeto de análisis.

Un factor influyente en la formación del conocimiento es, la afectividad que va en función de las acciones, dependiendo la etapa en la que nos encontremos nuestro nivel de madurez y desarrollo tendrá diversas formas de actuar, algunas no tan acertadas pero q al final nos ayudaran a mejorar y equilibrar nuestros conocimientos.

El siguiente cuadro muestra la interpretación de Romay (2009) con la de Piaget (1995) distinguiendo las 4 etapas importantes en el desarrollo cognoscitivo del niño debido a situaciones de un pensamiento a otro, que lo llevan a entender al mundo al

que Piaget llamó, equilibrio (integración de las nuevas experiencias en nuestros esquemas). (Cuadro 7).

**Cuadro 7: Caracterización del desarrollo Infantil por etapas y edades.**

<b>ETAPA/EDAD</b>	<b>ROMAY(2009) (CARACTERISTICAS)</b>	<b>JEAN PIAGET (1995) CARACTERISITCAS</b>
<b>SENSORIO MOTOR (0-2 AÑOS)</b>	Logra la permanencia del objeto, Desarrolla el entendimiento inicial de las relaciones causa y efecto Imita las acciones de otro.	En el momento del nacimiento la vida mental se reduce al ejercicio de aparatos de reflejos como los de succión, percepción de hábitos, lo agradable y lo desagradable, el placer y el dolor, etc.; empieza a sentir por su cuerpo.
<b>PRE OPERACIONAL (2-7 AÑOS)</b>	Se observan avances en los despliegues de la imaginación y la capacidad de retención de imágenes en la memoria. El niño demuestra la capacidad para llevar a cabo las tareas que implican seguir una cierta secuencia Comienza a realizar copia de letras y comienza un pensamiento.	Principios de la socialización de la acción, desarrollo de los sentimientos. La imitaciones los sonidos sigue un curso semejante y cuando estos están asociados a determinadas acciones es ala adquirió del lenguaje. Reproduce movimientos más complejos pensamiento intuitivo.
<b>OPERACIONES CONCRETAS(7 12 AÑOS)</b>	Los niños organizan su pensamiento lógico y sus habilidades de solución de problemas. *Clasificación de los objetos para agrupar y reagrupar. Series de menos a mayor o tamaño y peso	Concentración individual cuando el sujeto trabaja para sí misma. La adaptación de nuevas formas de organización que completan los esquemas y asegurar u equilibrio. La asimilación egocéntrica esta por convertirse en asimilación racional.
<b>OPERACIONES FINALES O FORMALES (12 AÑOS EN ADELANTE)</b>	Se caracteriza por la capacidad de pensar en términos simbólicos. Consisten en conceptos lógicos y matemáticos. *Mayor comprensión en diferentes aspectos de la vida.	Comienza la formación de su personalidad a través de un programa de vida", una especie de centralización del yo. Conoce el amor, encuentra un objeto vivo, e realidad se trate de una especie de proyección totalmente ideal en un ser real y de ahí provienen los "flechazos

Fuente: Elaboración propia con base a: ROMAY Morales Martha. Evaluación del desarrollo del niño. Editorial trillas.2009.p, 228- Y Jean Piaget. (1995) p.30, 55,88-89

Como se menciona en el cuadro 8, las primeras etapas son motoras y perceptivas, que recurren para adquirir información, reconocer y actuar sobre el entorno. Sin embargo, poco a poco el niño va realizando perfeccionamientos en la simbolización, y la repetición que van favoreciendo para personalizar palabras o dibujos de una manera abstracta. Estas etapas se caracterizan por diferentes determinantes que el niño posee durante este tiempo, enfocadas en el proceso de desarrollo que se refleja en el niño desde una edad temprana.

### **3.3 LA PSICOMOTRICIDAD EN LA ETAPA PREOPERACIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO POR LEUCEMIA**

En los apartados anteriores, se habló del desarrollo, de la psicomotricidad, y de las diferentes teorías y etapas de desarrollo cognitivo del niño. Sin embargo la idea central en este apartado es la etapa preoperacional de Jean Piaget tomando en cuenta sus características para poder apoyar en un tiempo determinado al niño hospitalizado por Leucemia. Una vez contemplados y analizados los conceptos anteriores, nos enfocaremos a describir aspectos que componen la evolución del desarrollo en los niños de 2 a 7 años situados en esta etapa, retomando la psicomotricidad para un mejor avance de su pensamiento cognoscitivo.

Para tener una idea más clara de lo que representa esta etapa, retomaremos a Santrock (2007) quien dice que "... el término pre operacional más bien indica que el niño no realiza operaciones, que son actos internalizados que le permiten a los niños hacer mentalmente reversible el pensamiento pre operacional, que va aproximadamente de los dos a los siete años de edad, es la segunda etapa propuesta por Piaget, en la cual los niños empiezan a representar el mundo con palabra, imágenes y dibujos. En esta etapa se forman conceptos, surge el razonamiento mental y el egocentrismo .El pensamiento preoperacional puede dividirse en subetapas.

Según Santrock(2007) estas subetapas son dos :

- La primera de la función simbólica que va de los 2 a los 4 años donde pueden representar objetos mentalmente y que no estén presentes pasan por un fuerte egocentrismo y el animismo, es decir que no toman en cuenta la perspectiva de otras personas que no sea la suya y tienen un enfoque más fantasioso.
- La segunda subetapa va de los 4 a los 7 años es del pensamiento intuitivo, empiezan a preguntar por todo lo que les rodea y tienen un razonamiento más primitivo.

Durante estas edades el niño adquiere las habilidades base que le ayudarán a enfrentar situaciones posteriores, será un proceso en el que inicia su imaginación para representar lo que piensa o quiere acerca de algo o alguien, también usa los dibujos y la creación de seres inanimados. Conforme va creciendo se vuelve más razonable y lógico ampliando así su lenguaje, además de cuestionarse acerca del entorno que lo rodea.

Debido a esto, Piaget nombró a esta etapa intuitiva porque los niños pequeños pueden estar muy seguros de sus conocimientos y comprensión a pesar de que no están conscientes de cómo saben. También nos menciona que el lenguaje es uno de los pasos más duros que el niño debe dar en la etapa preoperacional.

Al respecto, Sastre y Moreno (1988:92) señalan que:

Piaget(1967) afirmó que el lenguaje es esencial para el desarrollo intelectual en tres aspectos.

- 1.-El lenguaje nos permite compartir ideas con otros individuos y, de este modo, comenzar el proceso de socialización. Esto, a su vez, reduce el egocentrismo.
- 2.-El lenguaje ayuda al pensamiento y a la memoria, pues ambas funciones requieren la interiorización de acontecimientos y objetos.
- 3.- Quizá lo más importante, el lenguaje permite a la persona utilizar representaciones e imágenes mentales, o pensamientos, al realizar "experimentos mentales"

El lenguaje del niño expresa ideas a beneficio propio a pesar de expresarlo ante los demás, él comienza a percatarse que utiliza el lenguaje para transmitir ideas y para dar a conocer sus propios intereses o deseos. Es decir que el niño sólo presta atención a lo que él expresa y menor atención al lenguaje de los demás.

S.Feldman(2008) nos menciona que los niños de esta etapa pasan por un proceso de centración, conservación, egocentrismo y animismo. Para definir estos conceptos nos basaremos en Santrock (2007)

La **centración** es el proceso de concentrarse en un aspecto limitado de un estímulo e ignorar los demás.

La **conservación** es “el conocimiento de que la cantidad no se relaciona con el arreglo ni con la apariencia física de los objetos. Como aun no tienen la noción de conservación los preescolares no comprenden que los cambia en una dimensión no necesariamente implica modificarse en otras dimensiones.”

El **egocentrismo** “es el que no toma en cuenta los puntos de vista de los demás. Los preescolares no comprenden que los demás tienen perspectivas diferentes a las suyas.”

Y el **animismo**, otra limitación del pensamiento preoperacional, es la creencia de que objetos inanimados tienen cualidades de seres vivos y que son capaces de actuar.

Gracias a estos procesos el niño presenta una evolución motriz que ayudará en sus procesos cognoscitivos, diferentes autores ejemplifican esto: D.Sheridan (2002) menciona los procesos evolutivos como postura y motricidad gruesa, visión y motricidad fina, audición, habla y comportamiento lúdico social por los cuales pasan los niños en sus diferentes edades. (Nos enfocaremos a edades de 2 a 7 años), porque fue la población más abundante y consideramos con más necesidad de este proceso para su desarrollo.

**Cuadro 8: Caracterización Psicomotriz y Comportamiento médico social en el niño de dos años.**

**2 AÑOS**

<b>Postura motricidad gruesa</b>	<b>Visión motricidad fina</b>	<b>Audición y habla</b>	<b>Comportamiento lúdico social</b>
*Corre seguro *Salva obstáculos *Se pone de cuclillas *Se pone de pie sin usar manos. *Se sube a muebles *Mayor comprensión de su tamaño con los objetos que lo rodean. *Se sube a triciclo y se impulsa con los pies.	*Habilidades manipulativas *Erige torres de 6 a 7 cubos. *Garabatea círculos espontáneamente *Copia líneas verticales. *Le encantan libros de imágenes *Reconoce a familias en fotografías.	*Emplea 50 o más palabras reconocibles. *Junta 2 o más palabras para formar oraciones. *Pregunta nombre de los objetos y personas. *Participa en canciones y rimas *Se señala la mayor parte de su cuerpo.	*Sabe comer el solo con cuchara *Levanta la taza y bebe sin voltear nada. *Sigue a la mamá por toda la casa *Hace berrinche cuando le niegan algo *Defiende sus pertenencias *Poca idea de lo que es compartir juguetes.

Fuente: D.Sheridan Mary.(2002:47-50). Los primeros 5 años.Desarrollo y Evaluación del niño.Narcea, España.

**Cuadro 9: Caracterización psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de dos años y medio**

**A LOS 2 AÑOS Y MEDIO**

<b>Postura y motricidad gruesa</b>	<b>Visión y motricidad fina</b>	<b>Audición y habla</b>	<b>Comportamiento lúdico social</b>
*Sube con seguridad las escaleras *Corre bien y trepa con facilidad *Empuja y arrastra grandes juguetes *Sabe saltar desde un escalón *Chuta a una pelota grande	*Reconoce pequeños detalles de los libros de imágenes *Sostiene el lápiz con su mano preferida *Copia la línea horizontal y el círculo. *También normalmente la "T" y la "V"	*Utiliza unas 200 palabras reconocibles *Falta maduración en el habla (formación de frases) *Habla consigo mismo cuando juega *Utiliza los pronombres "yo, mi y tú , ti "	*Sabe comer con la cuchara correctamente *Se baja los pantaloncitos cuando va al baño *Puede permanecer seco durante toda la noche *Muy activo, incansable e incontrolable.

Fuente: Elaboración propia con base en: D.Sheridan Mary.(2002:51-53). Los primeros 5 años.Desarrollo y Evaluación del niño.Narcea, España

**Cuadro 10: Caracterización psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de tres años**

**A LOS 3 AÑOS**

<b>Postura y motricidad gruesa</b>	<b>Visión y motricidad fina</b>	<b>Audición y habla</b>	<b>Comportamiento lúdico social</b>
<p>*Sube las escaleras alterando los dos pies.</p> <p>*Sabe evitar obstáculos y esquinas cuando corre.</p> <p>*Da evidencias de percibir el tamaño y los movimientos de su propio cuerpo.</p> <p>*Usa triciclo utilizando los pedales.</p>	<p>*Copia un círculo y las letras V,H y T.</p> <p>*Imita una cruz.</p> <p>*Dibuja a personas con cabeza.</p> <p>*Combina dos o tres colores normalmente el amarillo y el rojo.</p> <p>*Confunde el azul con el verde</p> <p>*Corta con tijeras para el papel.</p>	<p>*Modula el volumen y el tono de sus expresiones orales.</p> <p>*Dice su nombre completo y su sexo, a veces su edad.</p> <p>*Sigue conversaciones sencillas</p> <p>*Capaz de describir brevemente actividades del momento.</p>	<p>*Come con cuchara y tenedor</p> <p>*Se lava las manos pero con supervisión de un adulto.</p> <p>*Puede subirse y bajarse los pantalones.</p> <p>*Sabe ser cariñoso y confiado</p> <p>*Le gusta ayudar a las personas en quehaceres domésticos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en: D.Sheridan Mary.(2002:55-58). Los primeros 5 años .Desarrollo y Evaluación del niño. Narcea, España

**Cuadro 11: Caracterización sicomotriz y comportamiento médico social en el niño de cuatro años**

**A LOS 4 AÑOS**

<b>Postura y motricidad gruesa</b>	<b>Visión y motricidad fina</b>	<b>Audición y habla</b>	<b>Comportamiento lúdico social</b>
<p>*Sabe estar, andar y caer de puntillas.</p> <p>*Sabe saltar en un solo pie</p> <p>*Ordena y recoge los objetos del suelo</p> <p>*Se sienta con las piernas cruzadas.</p> <p>Demuestra una creciente habilidad en los juegos de pelota.</p>	<p>*Sostiene y utiliza el lápiz para escribir como los mayores.</p> <p>*Copia las letras V, H, T y O.</p> <p>*Dibuja a una persona con cabeza, pierna, brazos y dedos.</p> <p>*Comienza a ponerle títulos a sus dibujos.</p>	<p>* Habla con corrección gramatical.</p> <p>*Sabe relacionar sucesos y experimentos recientes.</p> <p>*Pregunta el significado de las palabras</p> <p>*Escucha y cuenta grandes historias.</p> <p>*Comienza a enumerar objetos.</p>	<p>*Se lava y se seca las manos.</p> <p>*Se cepilla los dientes</p> <p>*Sabe vestirse y divertirse</p> <p>*Le gusta contestar a los mayores y pelearse con amigos.</p> <p>*Comprende la necesidad de respetar los turnos.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en: D.Sheridan Mary.(2002:59-61). Los primeros 5 años. Desarrollo y Evaluación del niño. Narcea, España

**Cuadro 12: Caracterización psicomotriz y comportamiento médico social en el niño de cinco años**

**A LOS 5 AÑOS**

<b>Postura y motricidad gruesa</b>	<b>Visión y motricidad fina</b>	<b>Audición y habla</b>	<b>Comportamiento lúdico social</b>
*Camina con facilidad sobre una línea estrecha. *Corre ligeramente de puntillas *Es activo y hábil para trepar *Da brincos alternando los pies *Puede permanecer parado sobre un pie *Se mueve al ritmo de la música.	* Agarra objetos diminutos y los coloca en el mismo lugar *Alcanza buen control al escribir y dibujar *Copia las letras V, T, H, O, X, L, A, C, U, y la Y. *Escribe unas cuantas letras espontáneamente *Dibuja una casa con puerta, ventanas, techo y chimenea. *Colorea con esmero.	*Su habla es fluida. *Confunde en la pronunciación de la S, F y la d. *Le encanta que le lean o cuenten cuentos. *Define nombre de cosas diciendo para que sirven. *Dice edad, sexo, años, lugar en donde vive, su fecha de cumpleaños y algunas veces su num.telefónico. * Algunos ya leen.	*Se lava y seca las manos y la cara *Es más sensible *Se viste y desviste solo *Comprende la necesidad del orden *Elige a sus propios amigos *Demuestra un claro sentido del humor.

Fuente: Elaboración propia con base en: D.Sheridan Mary.(2002:63-65). Los primeros 5 años.Desarrollo y Evaluación del niño.Narcea, España

A su vez Zapata (1998:23-24) nos menciona las actividades que desarrolla durante sus procesos evolutivos del niño, a partir de los 6 años.

**Cuadro 13: Proceso evolutivo del niño a los 6 años.**

<b>MOTRICIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Lanzamiento perfeccionado.</li> <li>*Se mantiene alternativamente sobre un pie.</li> </ul>
<b>CONDUCTA ADAPTATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Dibuja un hombre con cuello, manos y traje.</li> <li>*Suma y resta hasta 5</li> <li>*Copia un trébol.</li> </ul>
<b>LENGUAJE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*En vocabulario logra el modelo Stanford-Binet</li> </ul>
<b>CONDUCTA PERSONAL Y SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Se ata los cordones de los Zapatos</li> <li>*Diferencia la mañana de la tarde</li> <li>*Distingue entre izquierda y derecha.</li> <li>*Cuenta hasta 30.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia retomando a Zapata Oscar (1998). La Psicomotricidad y el niño, etapa maternal y preescolar. Trillas, México. DF.

Los niños de 4 a 5 años no tienen un desarrollo lineal y sus representaciones son motrices, los niños de 7 años constatan un cambio fundamental en su desarrollo. Se convierte en poseedor de una cierta lógica, es capaz de coordinar operaciones en el sentido de la reversibilidad.

Podemos decir que en esta edad es cuando aparece la capacidad de representar algo por medio de otras cosas. Es lo que se llama función simbólica, esta función es el lenguaje que, por una parte, es un sistema de signos sociales por oposición a los signos individuales.

Una vez descritos los procesos evolutivos, se mencionarán los procesos cognitivos que nos ayudarán a complementar esta etapa. S.Feldman (2008):

<b>Cuadro 14. Algunos logros cognitivos de la niñez</b>	
<b>Edad</b>	<b>Logros cognitivos</b>
<b>Infancia 2-4 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra un incremento dramático de la actividad representacional, tal y como queda reflejado en el desarrollo del lenguaje, el juego simbólico, los dibujos significativos y la comprensión de símbolos espaciales (tales como fotografías mapas sencillos y modelos.)</li> <li>• Toma la perspectiva de los otros en situaciones familiares simplificados en la comunicación cotidiana.</li> <li>• Distingue los seres animado de los seres inanimados, niega que lo mágico pueda alterar las experiencias cotidianas.</li> <li>• Categoriza objetos sobre la base del funcionamiento común y de las clases de cosas, no por las características perceptivas.</li> <li>• Clasifica los objetos familiares jerárquicamente</li> </ul>
<b>4-7 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reemplaza las creencias mágicas sobre las hadas, gnomos y acontecimientos por explicaciones posibles.</li> <li>• Se fija en las transformaciones inertes al pensamiento y explica los acontecimientos en contextos familiares desde la causalidad.</li> <li>• Muestra una debilidad mejorada para distinguir la apariencia de la realidad.</li> </ul>

Fuente: S. Feldman Robert(2008:317).Desarrollo de la Infancia. Editorial Pearson. Madrid, España

Todos estos procesos, actividades y pensamientos cognoscitivos que el niño realiza naturalmente en su vida personal y social, son afectados cuando por alguna razón son sometidos a algún tipo de Hospitalización. La importancia de la motricidad y el desarrollo cognoscitivo recae precisamente en lo Piaget nos mencionaba acerca de

los reflejos y del aprender con la experiencia, los niños necesitan tocar, caer, moverse, etc.; para ir formando sus esquemas de aprendizaje, la motricidad le dará las bases de esa formación.

Pero un niño hospitalizado no puede realizar las mismas actividades psicomotrices que un niño en casa o escuela debido a las restricciones médicas en las que se encuentra sometido. Por ejemplo, durante nuestra estancia en el Hospital General de México pudimos notar que la vida de las personas cambia desde lo particular hasta lo general, comenzando por los cambios a los que tienen que someterse, no sólo el paciente que será atendido o en cierto punto hospitalizado, sino también de la familia y personas que interactúan con ellos, como lo son, los doctores, enfermeras, personales de limpieza entre otros más.

Un ejemplo de esto es referente a los pequeños que se encuentran en el Área de Hemato-Oncología de dicho hospital, quienes muchas veces se la pasan conectados a algún aparato que les ayuda a su salud, como el oxígeno, el marcapasos entre otros; incluso hay pequeños que se encuentran en silla de ruedas o tienen el catéter. Estos pequeños no pueden moverse para salir a correr, algunos a caminar, otros sólo observan y escuchan; es decir, viven limitados a realizar actividades ajenas a su situación médica.

Por este motivo es importante explicitar los factores clínicos que pueden alterar o afectar el desarrollo del niño. De acuerdo a La Universidad de Colombia(2004), los factores son dos:

**1) Factores biológicos:** encontramos los factores genético, prenatales, perinatales y postnatales, que son de los que se encargan la medicina.

**2) Factores ambientales.** Estos tipos de factores se deben tener en cuenta al evaluar cualquier situación de desarrollo (normal o retraso del desarrollo) de los cuales podemos encontrar:

**Estimulación:** Este factor condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable. Es posible que el mayor desarrollo específico de determinadas áreas en un niño determinado esté dado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene efecto muy importante.

**Afectividad:** Es un factor omitido (por lo general) en las anamnesis del desarrollo. Su importancia es indiscutible en el desarrollo de un niño equilibrado, en sus aspectos emocionales, sociales y laborales. Las alteraciones del vínculo con los padres o con la familia, pueden afectar el desarrollo.

**Normas de crianza:** Aunque las normas de crianza pueden incluirse en estimulación, vale la pena comentarlas aparte. El desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia y variados aspectos valóricos caen bajo las normas de crianza que afectan el desarrollo normal y sus variantes.

**Culturales y socioeconómicos:** El desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece (por ej. localidad rural o urbana) y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, etc. A pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el desarrollo el nivel socio económico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal

**Condiciones de la familia:** Debemos destacar la importancia de las características de la familia sobre el desarrollo del niño. Vale la pena enumerar las características de la familia que favorecen un desarrollo normal

Con los datos anteriores podemos constatar que los niños hospitalizados, no presentan todas estas acciones en cuanto a su desarrollo, lo cual le afecta de una manera conjunta. A pesar de que son bien atendidos clínicamente, les hace falta recibir estimulación para no afectar su desarrollo en cuanto a actividades físicas o psíquicas, como el cantar, moverse, dibujar, reír, imitar etc, La atención que cada uno de ellos demuestra y pone en práctica es dependiendo de su estado de ánimo o salud.

En estos casos se debe trabajar con cada niño acorde a las carencias o necesidades que presente; por ejemplo en caso de los niños que se encuentran en el área de Hemato-Oncología el cuidado era mayor, al de los pequeños que se encontraban en el área de Cirugía, no por el hecho o la intención de menospreciar a aquellos niños que se encuentran en las demás áreas del Hospital, sino porque necesitan de cuidados especiales, de mayor atención médica en cuanto a la hora exacta de sus

quimioterapias, medicamentos o en algunos casos apoyo ante alguna alteración de salud.

Pero ¿Quiénes son los niños que se encuentran en el área de Hemato-oncología? Esta es una de las preguntas que muchas personas podrían realizarse, para ello es importante mencionar que los pequeños que se encuentran en esta área del hospital son niños con Cáncer, para ser más exactas, la Leucemia. Existen diversos tipos de dicha enfermedad, todas causantes de hospitalización dependiendo del nivel de gravedad que presente el paciente, dejando como consecuencia el cambio/modificaciones en el hábito de vida que se llevaba.

Es claro que no todas las enfermedades son iguales pero todas necesitan de atención ya sea médica/clínica o alguna atención terapéutica para sanar. La enfermedad es un padecimiento nuevo y externo que llega al cuerpo y no podemos controlar por si solos, causante de sufrimientos, por lo que hay que trabajar con el estado de ánimo para ser apto frente a cualquier enfermedad, ya que una actitud positiva y optimista anexado al tratamiento adecuado que se le brinde, ayudan de manera importante a curarse más rápido y sin dejar tantas secuelas de este trastorno. Y ¿Qué es una enfermedad?

Ruediger, (2006:29) señala que “la enfermedad (expresada en el síntoma) la podemos contemplar ya como corrección del desequilibrio a nivel corporal.”

Por otra parte Schnake (2007:22) explica que “si la enfermedad es descrita como una situación límite, es porque atrapa a la persona y le niega su identidad; a ella es a la que se le reconoce un discurso propio, la que habla, la que se impone como existente.”

Navarro (2004) plantea que una enfermedad es algo con lo que hay que aprender a convivir porque te pone en peligro de pérdidas muy serias, incluida la perspectiva de la muerte.”

A pesar de tantos inventos tecnológicos que van surgiendo, hay algunos niveles en la enfermedad que ya no tienen cura o que no se logran deshacer por completo. En el Hospital se encontraron enfermedades benignas y malignas de la sangre como: alteraciones en las plaquetas, trastornos de la sangre, leucemias, entre otras; sin embargo sólo se especifica la leucemia, que es la enfermedad más frecuente en los niños con que se trabajó.

Podemos decir que aún no se conoce una manera de prevenir la mayoría de los tipos de cáncer infantil, sin embargo hay medios de conocer las causas de la enfermedad, como el tratamiento para combatir otros tipos de cáncer, por la radiación y la quimioterapia, el uso de medicamentos que rebasen el límite del sistema inmune del organismo, entre otras causas.

Al respecto, los médicos están buscando nuevas formas de tratar a los pacientes sin aumentar el riesgo de desarrollo de leucemia. Pero por ahora, los beneficios del tratamiento con quimioterapia, radioterapia o trasplantes de órganos son indiscutibles.

Existen muy pocas cosas conocidas de leucemia infantiles relacionadas con el estilo de vida o el ambiente. Por lo tanto, resulta importante saber que en la mayoría de los casos no hay nada que estos niños o sus padres pudieran haber hecho para prevenir este padecimiento. Por lo tanto, debido a la impotencia que sienten los familiares y los niños ante esta situación consideramos trascendental encontrar un medio en que puedan desahogarse o relajarse durante este periodo

Hasta el momento se ha hablado de leucemia, pero ¿qué es?. Para entender cuál es su significado, cómo se desarrolla, cómo se controla y todo lo que implica debemos de puntualizarla. De acuerdo a Rosen y Rosen (2013) la leucemia es un tipo de cáncer que se detecta en los glóbulos blancos de la sangre, los cuales ayudan a combatir infecciones que llegan al cuerpo; menciona que la leucemia es un cáncer

que comienza en la médula ósea (la parte suave de ciertos huesos en donde se forman las nuevas células de la sangre). En la mayoría de los casos, la leucemia invade la sangre muy rápidamente.

Se concibe que una de las principales causas por las que se desarrolla esta enfermedad, se da debido al deterioro de los glóbulos blancos, propiciando que las células cancerígenas entren más fácilmente al sistema sanguíneo, que al mismo tiempo pueden distribuirse a otros órganos del cuerpo como: el hígado, testículos, el bazo, el cerebro y la médula espinal.

También Rosen y Rosen (2013) aportan los diferentes tipos de leucemia que pueden presentar los niños:

- Leucemias agudas, existen dos tipos: linfocítica aguda (ALL), la cual se inicia en la médula ósea; y la mielogena aguda (AML) se da en los glóbulos blancos, rojos o las plaquetas.
- Leucemia de linaje híbrido o mixto: tiene características de la ALL y AML.
- Leucemias crónicas: es más común en adultos, crecen más lentamente pero son más difíciles de curar.

La leucemia o cáncer en la sangre, es definida como una enfermedad crónica que puede desarrollarse durante muchos años sin mostrar síntomas evidentes, debido a que el sistema inmunológico es el encargado de proteger al organismo de los agentes que le puedan ocasionar daños; en consecuencia la leucemia es una enfermedad crónica que deteriora por completo la vida de quien la padece, causando desorden mental y emocional sobre la vida.

Su nombre proviene del griego y significa “sangre blanca”, porque el color de la sangre de estas personas enfermas es de un color blancuzco o rosa pálido, por la cantidad de glóbulos blancos elevados que son los causantes del cáncer que afecta principalmente a los glóbulos blancos o leucocitos y se caracteriza por una detención en la maduración de las células encargadas de la formación de los componentes de

la sangre, al mismo tiempo que se producen sin control células sanguíneas inmaduras.(esmas.com/salud.2004)

Rosen y Rosen (2013:1) indican que los tipos de cáncer o leucemias que afectan a los niños son distintos de los que afectan a los adultos. A menudo, los cánceres en niños son el resultado de cambios en el ADN de las células que ocurren temprano en la vida, algunas veces incluso antes del nacimiento contrario a la enfermedad en adultos, sin embargo en niños no están estrechamente vinculados con el estilo de vida o con factores de riesgo ambientales.

La American Cancer Society (2013:10) menciona otros factores aún no comprobados o controversiales pero que tienen posible relación con la leucemia infantil como lo son:

- Exposición a campos electromagnéticos (como vivir cerca de líneas eléctricas).
- Vivir cerca de una planta de energía nuclear.
- Infecciones a temprana edad.
- Edad de la madre cuando nace el niño.
- Antecedentes de uso de tabaco de los padres.
- Exposición fetal a hormonas (como dietilestilbestrol o pastillas anticonceptivas).
- Exposición a sustancias químicas y a solventes en el lugar de trabajo del padre.
- Contaminación química del agua subterránea.

Hasta el momento, la mayoría de los estudios no han encontrado vínculos significativos entre cualquiera de estos factores y la leucemia infantil. Sin embargo, diversos investigadores continúan estudiando al respecto.

Se entiende que la leucemia es causada por la carencia de células sanguíneas normales en la médula ósea; como consecuencia, existe la posibilidad de que un niño no tenga suficientes glóbulos rojos, glóbulos blancos, ni plaquetas normales.

Esto se comprueba en las pruebas de sangre, pero también es posible que aparezcan síntomas debido a que la leucemia también puede invadir otras áreas del cuerpo, ya que la sangre circula por todos los sistemas vitales del organismo. Es importante señalar que los doctores e investigadores concuerdan en que muchos de los síntomas que presenta la leucemia pueden tener otras causas, así que es mejor acudir al médico para que él elabore un resultado más certero.

Algunos tratamientos recomendados por la American Cancer Society(2013), que se aplican a los niños son:

**La cirugía** tiene una función muy limitada en el tratamiento de la leucemia en niños. Como las células leucémicas se propagan por toda la médula ósea y a muchos otros órganos a través de la sangre, no es posible curar este tipo de cáncer con cirugía. Además de una posible biopsia de los ganglios linfáticos, la cirugía raramente tiene algún papel, ni siquiera en el diagnóstico, ya que un aspirado y una biopsia de médula ósea usualmente diagnostican la leucemia.

**La radioterapia** utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Algunas veces se utiliza la radiación para tratar de prevenir o tratar la propagación de la leucemia al cerebro o a los testículos. Además, la radiación se usa (aunque raramente) para tratar un tumor que está comprimiendo la tráquea. Pero con frecuencia en lugar de ella se usa quimioterapia ya que puede actuar más rápidamente. Los posibles efectos secundarios a corto plazo de la radioterapia dependen del lugar donde se aplique la radiación. Es posible que pierda pelo y que se ocasionen cambios similares a los de una quemadura por el sol en el área tratada. Algunas veces, la radiación al abdomen puede causar náusea, vómito o diarrea. Cuando la radiación incluye grandes partes del cuerpo, los efectos pueden incluir cansancio y un mayor riesgo de infección.

**La quimioterapia** es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se administra en una vena, en un músculo, en el fluido cerebroespinal (CSF) o que se toma por la boca en forma de pastillas. Excepto cuando se administran en el CSF, estos medicamentos entran en el torrente sanguíneo y alcanzan todas las áreas del cuerpo, haciendo que este tratamiento sea útil para los tipos de cáncer tales como la leucemia. Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, tales como aquellas en la médula ósea (donde se producen nuevas células sanguíneas), el revestimiento de la boca y los intestinos, así como los folículos pilosos, también se dividen rápidamente.

Algunos niños se encuentran críticamente enfermos cuando reciben el diagnóstico de leucemia, presentan la falta de oxígeno que no llega a los tejidos corporales que ejercer una tremenda tensión sobre el corazón, este problema es uno de muchos y se tiene que atender antes de iniciar el tratamiento de la leucemia.

Debido a esto y relacionando lo anterior, Grau(2004:69)destaca:

Los niños leucémicos tratados con radiación craneal y quimioterapia combinada pueden presentar dificultades de aprendizaje por problemas en el desarrollo de lenguaje, en la coordinación motora fina y gruesa, en la memoria a corto y largo plazo y lapsos de atención. Estas dificultades en el aprendizaje se manifiesta en la lectoescritura, matemáticas y lenguaje.

Estas alteraciones que el niño presenta deben de ser atendidas mediante rehabilitaciones cognitivas, físicas, de lenguaje, perceptomotoras etc, que ayuden al niño a practicar las actividades que solía realizar con anterioridad. Por lo cual es importante señalar algunos de las características externas/físicas por las que se puede detectar el cáncer y/o leucemia; algunas de éstas de acuerdo a la American Cancer Society(2013) son:

**Cansancio:** piel pálida, la anemia puede causar que un niño se sienta cansando, débil, mareado o con dificultad para respirar. Además, puede hacer que la piel luzca pálida.

**Infecciones y fiebre:** un niño con leucemia puede desarrollar fiebre. Frecuentemente es causada por una infección que puede no mejorar ni con antibióticos.

**Sangrado y aparición de hematomas con facilidad:** un niño con leucemia puede presentar hematomas y sangrado frecuente de las encías o de la nariz o sangrado profuso de pequeñas cortaduras. Es posible que le aparezcan en la piel puntos rojos del tamaño de un alfiler causados por sangrado de pequeños vasos sanguíneos. Esto se debe a la carencia de plaquetas, que normalmente detienen el sangrado tapando los orificios de los vasos sanguíneos dañados.

**Dolor de huesos o de articulaciones:** algunos niños con leucemia sienten dolores en los huesos o en las articulaciones debido a la acumulación de las células leucémicas cerca de la superficie del hueso o en el interior de la articulación.

**Inflamación del abdomen:** las células leucémicas se pueden acumular en el hígado y el bazo y causar que estos órganos aumenten de tamaño. Esto puede notarse como llenura o inflamación del abdomen.

**Pérdida de apetito y pérdida de peso:** si el bazo y/o el hígado se agrandan demasiado, pueden presionar otros órganos, como el estómago. Esto puede limitar la cantidad de

comida que se puede ingerir, produciendo pérdida de apetito y pérdida de peso con el tiempo.

**Ganglios linfáticos inflamados:** algunas leucemias se pueden propagar a los ganglios linfáticos. Se puede notar los ganglios inflamados como masas debajo de la piel en ciertas áreas del cuerpo (tal como a los lados del cuello, en las áreas de las axilas, sobre la clavícula o en la ingle).

**Inflamación en la cara y los brazos:** El crecimiento del timo debido a un número excesivo de células leucémicas puede causar que la sangre se “atore” en las venas, provocando inflamación en el rostro, cuello, brazos y la parte superior del tórax (algunas veces con una coloración roja azulada de la piel). También puede causar dolores de cabeza, mareos y, si afecta el cerebro, un cambio en el conocimiento. Este síndrome puede ser potencialmente mortal y requiere tratamiento inmediato.

**Dolores de cabeza, convulsiones y vómito:** la leucemia se puede propagar fuera de la médula ósea. Puede propagarse al sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), testículos, ovarios, riñones, pulmones, corazón, intestinos u otros órganos. Un pequeño número de niños ya tienen leucemia que se ha propagado al sistema nervioso central cuando reciben el diagnóstico. Entre los síntomas de una leucemia que se ha propagado al sistema nervioso central se incluyen dolores de cabeza, problemas para concentrarse, debilidad, convulsiones, vómitos, problemas de equilibrio y visión borrosa.

**Erupciones dérmicas, problemas en las encías:** en los niños con leucemia mielógena la piel puede tener unas manchas pequeñas de color oscuro similares a una erupción dérmica común.

**Cansancio extremo y debilidad:** una consecuencia poco común, es el cansancio, debilidad y habla mal articulada. Esto puede ocurrir cuando un gran número de células leucémicas “espesa” demasiado la sangre y desacelera la circulación en los pequeños vasos sanguíneos del cerebro.

Es importante conocer y diagnosticar a tiempo cada una de estas características que presenta el cáncer. Una vez que se ha detectado y hecho el correcto diagnóstico de la enfermedad se decidirá cuál es el mejor tratamiento, no obstante, pueden ser dolorosos para los niños, ellos sólo pueden pensar en el dolor inclusive llegan a culpar a los padres y a rechazarlos así como a los doctores o a toda persona que porte un cubre bocas o bata, estando presentes también los psicólogos, tanatología, docentes e incluso a los pedagogos.

Durante la asistencia al Hospital General de México, debido a la realización de Prácticas Profesionales, se puede afirmar que uno de los tratamientos más dolorosos y frecuentes para estos niños es la quimioterapia, en la cual:

“... se emplean diversos medicamentos especiales destinados a destruir las células leucémicas. Dicho tratamiento tiene tres fases: la de inducción a la remisión, la de consolidación y la de mantenimiento. En la fase de inducción a la remisión, cuya duración es de cuatro a cinco semanas, se intenta destruir la mayor cantidad de células malignas. Cuando ocurre la remisión, es decir el control temporal de la afección, el niño suele lucir normal, ya que los síntomas de la leucemia desaparecen. En ciertas ocasiones la remisión es apenas parcial, por esta razón algunos síntomas no desaparecen del todo. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes no logra entrar en remisión. La fase de consolidación dura de dos a tres semanas, mientras que la de mantenimiento debe llevarse a cabo hasta completar tres años de tratamiento.”(Enfermedades. Leucemia. El mundo. es 2009.)

Como se puede observar, la quimioterapia es un tratamiento de larga duración y durante este proceso el niño y/o adolescente sufre cambios de conducta, emocionales inclusive físicos; además el cuerpo no siempre acepta la quimioterapia, lo cual causa malestares que afectan al paciente con dolores intensos, haciendo necesarias otras intervenciones que pueden ser cansadas y traumantes para toda su vida.

El objetivo de la quimioterapia, según The American Cancer Society (2013), es lograr una remisión. Esto significa que ya no se encuentran células leucémicas en las muestras de médula ósea, sin embargo una remisión no es necesariamente una cura; por lo que es necesario que durante el primer mes de este tratamiento, el médico este constantemente evaluando la reacción del paciente al tratamiento.

Debido a esto, como Pedagogas en el ámbito hospitalario, debemos tomar en cuenta los problemas de salud que enfrentan los niños con los que estaremos en contacto; pues es importante conocer los principales síntomas, tratamientos y reacciones que un niño pueda tener de acuerdo a su enfermedad, para poder tomar en cuenta su estado de ánimo, las restricciones que tenga, los miedos, saber qué actividades, material y tiempo podemos usar para la realización de las actividades, además de no atemorizarnos con algunos de los efectos secundarios que podrían repercutir después de sus tratamientos; partiendo de todo esto para nuestra intervención.

El niño puede pasar mucho de su tiempo en el hospital debido a que pueden ocurrir infecciones graves u otras complicaciones, por lo que se debe tomar todas las medicinas que se le receten ya que algunas complicaciones pueden ser lo suficientemente graves como para poner en peligro la vida. Aunque este trabajo está enfocado a niños de 2 a 7 años del área de Hemato-Oncología del Hospital General de México, no era excusa para no trabajar con los demás, debido a que todos merecen de la misma atención. En ocasiones no podían acudir al aula de clases del hospital y era necesario ir a camas con cada uno de ellos; es aquí donde entra el apoyo de los papás que de igual manera entraban en ambiente, colaboración y elaboración de los trabajos otorgados.

En cierto momento se percibe que el desarrollo de cada niño dentro del hospital se veía afectado desde el momento de estancia, muchas veces nos preguntábamos el por qué, pero ahora podemos afirmar que es afectado por el rompimiento de la vida a la que estaban acostumbrados, por los padecimientos que presentan, por la enfermedad que tienen y que en algunos casos les impide realizar muchas de las cosas de las cuales realizaban antes, como lo es el correr, gritar, ver, y para algunos el caminar.

Todos esos motivos que frenan el desarrollo de manera distinta en cada niño, se ve reflejado en el trabajo, manera de pensar, de actuar y en su estado de ánimo, cada pequeño presentaba este rompimiento de manera diferente y no precisamente por la diferencia de edades, sino por la enfermedad. En si, la edad a la que pudimos observar que afecta más es a los pequeños de entre 2 y 7 años, rango en el que empiezan la adquisición de conocimientos, habilidades, inquietudes y descubrimientos que le servirán más adelante.

## **CAPITULO 4. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DIDÁCTICA Y LA PLANEACION PARA PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS**

### **4.1 UNIDAD DIDÁCTICA. CONCEPTO**

En el capítulo anterior se habló de los procesos de desarrollo de los niños de 2 a 7 años, y de una de las principales enfermedades que acoge a pequeños de dicha edad, como lo es la Leucemia. Al ver las dificultades por las que pasaban estos niños en base a su desarrollo físico y educativo, se realiza una propuesta encaminada al apoyo de dichos sujetos durante el tiempo de su hospitalización. Dicho Modelo contiene 17 actividades que conforman una Unidad Didáctica partiendo de un proceso de planeación para la mejora de impartir clases dentro del hospital, la cual será expuesta en el siguiente capítulo.

Es importante mencionar que es y cómo esta integra una Unidad Didáctica. Ceztal (2004:54) explica que la Unidad Didáctica parte de una "...organización de los temas que son fáciles de ubicar en los contenidos de las asignaturas, trabajándose entre todos los grados por la transversalidad temática entre ellas: aspectos esenciales que faciliten la labor en grupos multigrados."

Area (1993) señala que una Unidad Didáctica también requiere que los profesores implicados en la elaboración de unidades adopten y manifiesten constantemente las actitudes propias de un investigador. Es decir, una actitud de curiosidad, de intentar hallar soluciones a problemas, de analizar y ser crítico con cada paso dado y con cada resultado obtenido, contrastando las ideas propias con las ajenas, etc.

La Unidad Didáctica engloba las características principales que permiten al docente desenvolverse dentro del tema con la confianza de que todo esté previsto y pueda atender a los alumnos con eficacia para generar ambientes formativos que mejoren la calidad de los aprendizajes y tener una organización de los proyectos que se realizan en clase.

Por otra parte Torres (1998) identifica a la Unidad Didáctica como una propuesta de trabajo en la que participan un determinado número de áreas destinadas a cubrir un período temporal relativamente corto; se trata de promover procesos de enseñanza y aprendizaje para que aprendan determinados contenidos, conceptos, procedimientos y lleguen a asumir de manera reflexiva un sistema de valores, de motivar y desarrollar todo un conjunto de destrezas que les permitan establecer nuevas relaciones e interacciones con éstos y con otros contenidos culturales.

<b>Cuadro 15 Modelos para la elaboración de unidades didácticas</b>		
<b>PLANIFICACION</b> Creación del equipo de trabajo Selección de la unidad didáctica Elaboración del DISEÑO CURRICULAR DE LA UNIDAD DIDACTICA	<b>DESARROLLO Y SEGUIMIENTO</b> Puesta en práctica en el aula del diseño realizado Reuniones de seguimiento del equipo de profesores	<b>EVALUACION</b> Planificación del qué y cómo se va a evaluar Recogida de datos (diarios, observaciones, cuestionarios ...) Análisis, discusión y reflexión sobre resultados obtenidos

Fuente: Area Moreira Manuel (1993) Unidades didácticas e investigación en el aula. Un modelo para el trabajo colaborativo entre profesores. ediciones Las Palmas de Gran Canaria.

La programación del aula está integrada por las Unidades Didácticas de acuerdo a los criterios que considere el docente; podemos destacar algunos aspectos relevantes de Pascual:

- Contiene la planificación de un proceso completo de E-A, englobando, objetivos, bloques elementales de contenido, actividades de aprendizaje, información y evaluación.
- Está articulada bajo el eje organizador, debe ser concreta al momento de realizar los contenidos y la evaluación.
- La metodología y evaluación dependerá de la relación que se haya tenido con el contexto en el que se desarrollaron los estudios de los alumnos.

Las Unidades Didácticas requieren la determinación clara de la parcela que se desea conocer, el objeto de estudio, porque de lo contrario se haría interminable (Azerboni, 2006:9)

#### **4.2. LA ORGANIZACIÓN Y PLANEACION DE LA UNIDAD DIDÁCTICA**

García (2009) menciona que las Unidades Didácticas o de estudio pueden relacionarse con la temporalización de la materia o curso, haciéndolas coincidir en cuanto a su extensión y/o dificultad, con unidades temporales tales como los días, las semanas, la quincena, el mes, el trimestre, etc. Se debe de cuidar la coherencia entre cada una de los elementos,(recursos materiales) que usará el diseño, mientras que el contenido podrá ser variable dependiendo el tema o lección a enseñar

Se destacan factores que pueden interrumpir o rechazar la aplicación de las actividades dentro del hospital, como pueden ser personales o incluso influencia del Pedagogo:

- Ignorar cuales son los objetivos que pretenden alcanzar.
- Tener deficiente preparación.
- Estar ensimismados en sus problemas personales (enfermedad).
- No tener interés en lo que se está aprendiendo.
- No tener métodos ni técnicas de enseñanza adecuados por parte del profesor.

- No haber calculado el tiempo disponible para cada sesión.

Es por esto que Pace e Iñiguez (2004) nos mencionan algunos puntos que señalan los beneficios de planear una unidad y lo que el Pedagogo deberá tener presente:

- El diseño curricular.
- El contexto al que pertenece la institución educativa.
- El proyecto institucional.
- La etapa evolutiva del grupo (en este caso área del hospital).
- El diagnóstico grupal.
- Los contenidos y objetivos anuales.
- Los recortes significativos para el grupo de niños.
- La viabilidad de abordar estos recortes.

Para planificar la Unidad Didáctica el Pedagogo realizará un diagnóstico previo:

- Conocimiento del ambiente significativo y selección de un área en específico del hospital.
- Reconocimiento del mismo para evaluar las posibilidades que brinda, seleccionar los objetivos y contenidos que se abordarán, los actores que participarán, etc.

Al planificar la Unidad Didáctica luego de haber seleccionado en este caso el área de Hemato-Oncología del hospital, se organizarán:

- Objetivos a alcanzar durante el desarrollo de la unidad y en relación con los objetivos anuales.
- Contenidos de las diferentes disciplinas, tomando en cuenta cómo pueden articularse unos con otros por las diferentes edades.

Ceztal,(2004) señala que la planeación implica pensar sobre la práctica docente en su diseño y elaboración, el enseñar requiere de crear las condiciones necesarias para que el alumno pueda ir construyendo su conocimiento, descartando aquello que

no pueda funcionarle, es por eso que la planeación ha enriquecido y mejorado la tarea de enseñanza al ser un productor de las mejores intenciones educativas.

Las planeaciones didácticas permiten a los profesores evaluar y hacer juicios críticos sobre lo que van a enseñar, el método a usar, el tiempo disponible, los materiales que serán requeridos, todo en función del aprendizaje que se desee alcanzar.

La SEP (2012) menciona que la planeación es el resultado de un trabajo profesional del docente, parte de establecer que el profesor tiene un proyecto de trabajo educativo, esto es, tiene una serie de intenciones y propósitos que constituyen una finalidad de lo que desea que sus estudiantes puedan realizar

La planeación didáctica prevé que el desempeño del profesor esté acorde a las necesidades de los alumnos y la sociedad, es un área que sirve para ordenar y planificar las sesiones que se realizarán, donde se reúnen los elementos del proceso enseñanza-aprendizaje.

Se han mencionado las características y cómo están formadas las planeaciones dentro de las escuelas, pero hay que considerar que las planeaciones para niños hospitalizados deberán de considerar otros factores importantes que se agregan por las necesidades que se exponen ante esta situación.

Unos de los factores importantes a considerar en las planeaciones de actividades en el hospital son los materiales y el tiempo que se trabajará con los niños; en el primer caso estos elementos deben ser atractivos para que se sientan atraídos por ellos y no tóxicos para que puedan trabajar con ellos, además de que deben ajustarse a sus necesidades y considerar dentro de dicha planeación, como el pizarrón móvil o triple para aplicar cartulinas a modo de rota folio, pintura digital para no manchar etc; en el segundo caso es una característica principal en el hospital debido a que no podrá manejarse un límite en la realización de cada actividad, por las diversas acciones o impedimentos que se presentan, como el cansancio, la interrupción de aplicación de medicamento, reacciones a un medicamento, estado de ánimo etc.

Todo esto es y deberá tomarse en cuenta por el Pedagogo, el cual apoyará en la realización de las actividades con aquellos niños, que r alguna cuestión no logren realizarla. También debe de darse un tiempo para convivir y relacionarse con el niño, de ser necesario optara por dejar de lado la actividad y podrá conversar y orientar a los niños sobre algún tema de su iteres, o simplemente dejarlos descansar un momento en caso de observar cansancio o que no se encuentren con ánimos para trabajar. Tomar en cuenta estas cuestiones es importante porque de esta manera se podrá formar un ambiente de confianza y el niño no se sentirá obligado a realizar alguna actividad sin que él no quiera

#### **4.3 OBJETIVOS DE APRENDIZAJE**

Blasco (2009:10) señala que “Los objetivos didácticos deben hacer referencia a los aprendizajes que los alumnos/as deben haber adquirido al finalizar una unidad didáctica, nivel o ciclo educativo”. Pero en esta propuesta se establecieron propósitos generales para cada actividad, con el fin de lograr alcanzarlos de manera conveniente debido a su situación de salud.

Para la realización adecuada de los objetivos es necesario según Aguirre,(2006:43) ser realistas en cuanto al espacio , material, edad y status que tenga el niño; los siguientes puntos servirán como apoyo a la realización de dichos objetivos:

- Diagnosticar las necesidades del niño, el contexto socioeconómico y político de la comunidad en la que se encuentre.
- Cerciorarse de que la actividad describa claramente el producto de aprendizaje.
- Usar verbos activos que expresen el comportamiento a lograr por parte del estudiante.
- Definir el nivel de generalidad y complejidad del objetivo, en función al verbo.
- Indicar el nivel de actuación aceptable para el alumno, esto ayudará en la evaluación.

Los objetivos, según García (2009) son la previsión inicial, las propuestas o metas deseables para el alcance de los estudiantes. Se estudiará mejor si se conoce desde el principio lo que se va a enseñar y las destrezas que se tendrán que utilizar. Si los alumnos conocen los objetivos centrarán su atención en lograr alcanzarlos

Debido a que en el periodo de hospitalización de los niños se pierde o se limita a la realización de actividades motrices como el brincar, correr en algún momento coordinar, caminar, leer, escribir entre otras, las actividades tendrán un doble objetivo; el prepararlo con temáticas de interés socio-educativas y el de aspectos que se encuentran y se truncan dentro de la psicomotricidad.

#### **4.4 LA EVALUACIÓN**

La evaluación es parte necesaria del proceso de Enseñanza-Aprendizaje; Aguirre, (2006:89) menciona que: “La evaluación cumple las funciones de verificar y retroalimentar el proceso de E-A; proporcionando información sobre su realización, permite una mejor adecuación de los propósitos y de los medios de aprendizaje.”

Cada actividad llevará un aspecto a evaluar y algunos pueden ser más críticos que otros dependiendo el desarrollo y el tema.

En el Plan de estudios 2012 de la SEP de educación básica se plantea que: “La evaluación del aprendizaje es un proceso, cada unidad del curso se plantea la etapa del problema eje la que se espera que el estudiante avance. Algunas actividades las tendrá que realizar en pequeños grupos, mientras que otras serán realizadas en forma individual. De igual manera, es conveniente que el profesor del curso pueda precisar los criterios con los que realizará la valoración de los resultados que se espera que cada estudiante entregue al concluir la unidad”

Elola (2000) dice que la evaluación es el proceso de generar y organizar información para formar juicios que favorecerán en la toma de decisiones, también reconoce que toda acción de evaluación es una forma de intervención que trae la toma de decisiones en algún sentido, aun cuando la decisión sea la inactividad y por lo tanto los procesos o fenómenos objetos de evaluación sufren algún tipo de modificación como consecuencia de las acciones de evaluación.

Un caso similar sucede en el hospital con los niños en estado más crítico o estado terminal, no se pueden poner lineamientos evaluativos que demuestren que los objetivos se cumplen como deberían, pero tampoco significa que el niño no aprenda, por lo tanto la evaluación pasará a tener menos prioridades y será más subjetivo para no desalentar el esfuerzo del niño así él pueda desarrollar sus propias opiniones de acuerdo a situación o perspectiva por lo vivido, y generar actividades de lo individual a lo colectivo.

La evaluación permite ver si se están cumpliendo adecuadamente los objetivos del aprendizaje, también ayuda como evidencia del trabajo del profesor y del desempeño del alumno, este análisis o evaluación permite corregir o mejorar el trabajo de ambas partes de este proceso; es importante señalar que no todos los trabajos podrán ser evaluados de forma objetiva ya que los niños en esta situación son vulnerables a la asignación de juicios negativos por lo cual tendrá que acudir en algunos casos a la subjetividad del propio Pedagogo, cuidando no incluirse demasiado sentimentalmente para no afectar su proceso educativo.

Elola (2000:5) marca 5 componentes para evaluar:

**1.-Búsqueda de indicios:** ya sea a través de la observación o de ciertas formas de medición se obtiene información, esa información constituyen los indicios visibles de aquellos procesos o elementos más complejos que son objeto de nuestra evaluación. En este sentido siempre hay que tener presente que toda acción de evaluación finalmente se lleva a cabo sobre un conjunto de indicios que se seleccionan de modo no caprichoso sino sistemático y planificado, pero no por ello dejan de ser indicios. Por ejemplo la indagación sobre la adquisición de determinadas competencias por parte de un grupo de alumno requiere de la búsqueda de indicios, de pistas que nos permitan estimar la presencia o ausencia de dichas competencias.

2. **Forma de registro y análisis:** a través de un conjunto variado de instrumentos se registran estos indicios, este conjunto de información que permitirá llevar a cabo la tarea de evaluación. En este sentido resulta positivo recurrir a la mayor variedad posible de instrumentos y técnicas de análisis con carácter complementario ya que en todos los casos se cuentan con ventajas y desventajas en el proceso de registro y análisis de la información.

3. **Criterios:** un componente central en toda acción de evaluación es la presencia de criterios, es decir de elementos a partir de los cuales se puede establecer la comparación respecto del objeto de evaluación o algunas de sus características. Este es uno de los elementos de más difícil construcción metodológica y a la vez más objetable en los procesos de evaluación. Por una parte se corre el riesgo que se planteaba inicialmente de reducir toda la evaluación a una acción de carácter normativo en el cual solo se intenta establecer el grado de satisfacción o insatisfacción de determinadas normas. Por otra parte se puede caer en la tentación de eludir la búsqueda o construcción de criterios con lo cual toda acción de evaluación resulta estéril ya que solo es posible hacer una descripción más o menos completa del objeto de estudio pero no resulta factible realizar un análisis comparativo. La mayor discusión en materia de evaluación se plantea alrededor de la legitimidad de los criterios adoptados en una determinada acción evaluativa, es decir quién y cómo se definen estos criterios. Esto se incrementa teniendo en cuenta lo que se planteaba inicialmente de la débil cultura evaluativa de nuestra práctica pedagógica escolar

4. **Juicio de valor:** íntimamente vinculado con el anterior pero constituyendo el componente distintivo de todo proceso de evaluación se encuentra la acción de juzgar, de emitir o formular juicios de valor, este es el elemento que diferencia la evaluación de una descripción detallada, o de una propuesta de investigación que no necesariamente debe contar con un juicio de valor. Este es un elemento central de toda acción evaluativa y el articula y otorga sentido a los componentes definidos anteriormente por lo que tanto la búsqueda de indicios, las diferentes formas de registro y análisis y la construcción de criterios estarán orientadas hacia la formulación de juicios de valor.

5. **Toma de decisiones:** por último la toma de decisiones es un componente inherente al proceso de evaluación y que lo diferencia de otro tipo de indagación sistemática. Las acciones evaluativas cobran sentido en tanto soportan para la toma de decisiones. Este es un elemento que adquiere importancia central y no siempre es tenido en cuenta por quienes llevan a cabo los procesos de evaluación y/o quienes lo demandan. Volver la mirada sobre el componente de toma de decisión significa tener presente con anterioridad cuáles son él/los propósitos o finalidades que se persiguen con la evaluación propuesta.

La evaluación puede tener diversas formas de plantearla dependiendo la situación escolar de cada niño, el lugar de la institución y los propósitos que se planteen alcanzar. Con los componentes anteriores y dadas las circunstancias podemos adecuar algunos criterios que podrían ocupar para las actividades y registro de las mismas dentro del hospital como lo son:

- Adecuar las actividades y las evaluaciones a las demandas de las capacidades y edades de los infantes.
- Considerar cada factor de la enfermedad que presente el niño y por la etapa del tratamiento que esté pasando.
- Crear actividades que nos permitan trabajar en conjunto y ver cada momento del desarrollo de la actividad.
- Optar por plantear juicios flexibles e incluso poco objetivos al momento de evaluar pero sin olvidar los propósitos.

Es decir la evaluación dentro del hospital podrá ser más flexible determinando lo vivido con base a las experiencias del momento y tendrá dos aspectos; el primero es el desarrollo de la psicomotricidad tomando en cuenta el acompañamiento del Pedagogo, el segundo es la temática educativa (aprendizajes esperados) que son y deben ser trabajados de acuerdo a los propósitos de cada actividad. Se analizará y observará el desempeño y esfuerzo que tuvo el niño durante sus actividades, visto todo desde la opinión y la experiencia.

## **CAPITULO 5. MODELO DE UNIDADES DIDÁCTICAS: UNA PROPUESTA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ (ETAPA PREOPERACIONAL) A TRAVÉS DEL COUNSELING EN PACIENTES DEL ÁREA DE HEMATO-ONCOLOGÍA**

El Modelo de Unidades Didácticas que se presenta, conlleva al apoyo que los niños con leucemia requieren durante su hospitalización, debido a que su estancia es indefinida; pueden ser horas, semanas o incluso meses.

Las diferentes actividades que se presentan están divididas con base a acciones de la psicomotricidad que deben de desarrollar los niños de 2 a 7 años según Jean Piaget, las cuales se muestran de manera individual o grupal según sea el caso. Por ejemplo: Si la mayoría de los niños del área de Hemato-Oncología se encuentran en situaciones favorables para moverse y en colectivo realizar la actividad planeada, se podrá trabajar de manera grupal en la misma área o en el aula hospitalaria, pero si el niño mostrará cansancio o no puede moverse de la cama por recomendaciones médicas, la actividad será trabajada por el pedagogo de manera individualizada.

La función del Pedagogo se verá reflejada dentro del desarrollo de cada actividad, transmitiendo interés, empatía, confianza, igualdad, respeto y motivación, es decir, un acompañamiento que refuerce, mejore y enriquezca sus conocimientos y su autoestima para poder afrontar la situación en la que se encuentra inmerso y así brindar las mismas oportunidades de desarrollo educativo y motriz.

Una enfermedad como la leucemia hace suponer que los niños terminan con dolor físico y emocional, sin ganas de trabajar, pero dichas actividades se basan en el proceso de asimilación, acomodación, egocentrismo y animismo que permiten que los niños alcancen su estado de equilibrio, también se trabajará su percepción para mejorar y/o reforzar su razonamiento lógico así como la visión del mundo y de su realidad.

Como experiencia propia ingresar en la dinámica del Hospital fue una situación totalmente nueva y enriquecedora. Al empezar a conocer este ambiente, nos dimos

cuenta de la comodidad con la que los niños pasan sus días en el hospital. A decir verdad, en realidad no lo imaginábamos así. Ellos están muy bien atendidos por todas las personas que les rodean: las enfermeras, los doctores, las maestras, las voluntarias y sus acompañantes (familias). Por otra parte la infraestructura refleja un contexto acogedor que propicia la buena convivencia y la alegría en ellos y en cada uno de los participantes en su recuperación.

Es necesario tener un conocimiento exacto de los instrumentos y técnicas que utilizamos y que se podrían utilizar para conocer la realidad Social y laboral sobre la cual estaremos actuando, como los recursos de trabajo, las relaciones laborales, las causas de las enfermedades, edades, estrategias de trabajo que están implementadas , tratamientos y atenciones médicas, psicológicas y pedagógicas. Con base a esto es importante mostrar y saber sobre el Hospital General de México de manera general.

### **Condición geográfica y ubicación**

El Hospital General de México es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, es el más antiguo de los hospitales, forma parte de una red de seis hospitales que brindan apoyo para la salud en la zona central del país, se encuentra ubicado en la calle Dr.Balmis, num.148 en la colonia doctores, Delegación Cuauhtémoc, a unos pasos de la estación Hospital General de la línea 3 del metro de la Ciudad de México.

El recorrido por los alrededores del hospital muestra las condiciones deterioradas de las casas y edificios de los alrededores, dejando ver que los locales comerciales que se encuentran son de dudosa calidad.

El Hospital General de México fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el Presidente Porfirio Díaz; con la presencia del Dr. Liceaga y su primer director, el Dr. Fernando López, todo el personal que integraba este nuevo Hospital contaba con nombramiento firmado por el mismo Presidente Díaz, así mismo cabe resaltar

también que los gastos de los servicios públicos de salud se comenzaron a tomar en cuenta en el presupuesto de egresos de la federación.

Desde sus inicios la Institución funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo de la Secretaría de Estado y Gobernación para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad, ni creencias religiosas, principios que a la fecha perduran y motivan el trabajo que se desarrolla en el Hospital.

En 1906, el Hospital comienza su historia como parte fundamental en la formación de profesionales en la salud en México al establecer la primer Escuela de Enfermería del país, inaugurada formalmente el 3 de octubre de 1906.



### **Infraestructura del inmueble**

Es importante saber sobre la forma en que el hospital está organizado, ya que los sujetos pasan parte de su tiempo dentro del hospital, así como es el caso de aquellos que permanecen día y noche dentro del mismo.

El espacio que forma al Hospital está compuesto por toda una manzana urbana, los edificios no son muy altos y están divididos por áreas. Algunos de estos edificios son más viejos que otros, incluso hay zonas dentro del patio del hospital que se encuentran en trabajos de reparación, por lo que los materiales están en desorden y estorbando al público. Al interior de hospital se cuenta con todos los servicios (luz, agua, baños, elevador, computadoras) pero tiene la apariencia de que está muy usado y viejo; sin embargo, se puede notar que se encuentra constantemente limpio, también se cuida mucho la entrada y salida de las personas y se atiende con amabilidad y rapidez.

El trabajo de esta propuesta está elaborado para llevarse a cabo en el área de pediatría la cual está dividida por 3 áreas (especialidades, hemato-oncología y cirugías). Las enfermeras encargadas de especialidades son accesibles al trabajo que realiza el Pedagogo hospitalario y atienden principalmente a niños recién nacidos, además de que se encuentran frecuentemente estudiantes de medicina, en su totalidad son mujeres como la mayoría del personal que labora en el área.

También se encuentran unos cuartos apartados donde se localizan los niños en condición de aislamiento, en esta parte del hospital las enfermeras y la doctora son muy estrictas a la hora de ingresar, ya que las enfermedades que se tratan son contagiosas o peligrosas para terceras personas.

De la misma manera es importante mencionar que existe una escuela o aula del hospital, la cual se integra con alumnos de diferentes edades, condiciones y enfermedades. A este lugar acuden los niños para realizar sus actividades, la docente les presta el material necesario (libreta, hojas, lápiz, resistol, colores, entre otros.) con base a lo que vallan a realizar. En el caso de los niños que se encuentran en cama también reciben la atención que les brinda "la escuelita", esto con el fin de que aún en estas condiciones se sientan parte del grupo y no generen sentimientos de bajo autoestima o incluso depresión, a ellos se les lleva la actividad y material necesario para la realización.

Para detallar lo anterior, mencionaremos qué y cómo se realizaban las actividades en la aula del hospital “escuelita” y en camas ya que el apoyo que les otorgamos a los niños durante nuestra intervención estaba dirigido en actividades que adecuamos a las necesidades y edades de los mismos para que le ayudaran a salir un poco del ambiente de tensión, de sufrimiento y de depresión con las que vivían día con día; después de varias semanas nos percatamos que dichas actividades lo despejaban y motivaban a realizar algo nuevo, dinámico y que renovaba su interés por salir adelante a pesar del dolor y reacciones de su tratamiento.

**En el aula Hospitalaria:** Reuníamos a todos los niños de diferentes edades que se encontraban en el área de Pediatría del Hospital, la cual estaba dividida en Especialidades, Hemato-oncología y cirugía, una vez que se encontraban en el aula hospitalaria, comenzábamos a charlas con ellos para perder la timidez que demostraban; después, les explicábamos la actividad a realizar y se les entregaba el material necesario para su realización. Por ejemplo: una de las actividades era “el plato del buen comer” la cual consistía en que cada niño realizaría en su cuaderno una tabla de diferencias de las tres comidas que realizaba al día (desayuno, comida y cena), dicha tabla la tenían que comparar con aquellos alimentos que comían en casa.

También se les explicaba la importancia de ingerir alimentos sanos y en diferentes proporciones. Sin embargo uno de los problemas detectados en esta actividad se reflejaba en los niños de 2 a 5 años debido a que no entendían la actividad y se aburrían con facilidad, si olvidar que a ellos se les tenía que ayudar de manera personal a la realización de esta actividad. En esta cuestión la docente tenía que recurrir a otra actividad con estos pequeños para que no se quedaran sin hacer nada.

**En camas:** El trabajo aquí se realizaba de manera individual o grupal dependiendo la actividad, era un poco más complejo debido a que las enfermeras entraban constantemente a aplicarles algún medicamento o se los llevaban a revisión etc. pero

aun así las actividades se ponían en práctica. A cada niño se le dejaba el material en cama y se les explicaba lo que tenían que realizar. Una de las actividades era elegir un libro de los que le enseñábamos, del cual tenían que imaginar de que podía tratar para después leerlo y ver sus diferencias. En cuanto a los niños que no podían leer, se les entregaba a sus papas para que ellos se lo apoyaran. Una vez concluido esto, se les pedía escribir la parte favorita del libro y explicarnos a los demás de que se trataba.

En el caso de los más pequeños, se les ponían ejercicios de caligrafía, identificar colores, números, figuras, etc. Otras ocasiones nos poníamos a realizar actividades manuales como la elaboración de máscaras de su animal favorito, portarretratos, carteles entre otros, en todas estas actividades tenían que aportar su imaginación, y también desarrollar sus habilidades.

De esta manera podríamos decir que las actividades que realizan los niños hospitalizados dentro del aula hospitalaria (escuelita) y en camas, tenían que adecuarse a su edad y condición. Las actividades también eran de acuerdo a su nivel de estudios corroborado con los temas de libros de texto gratuito o en ocasiones realizaban las actividades propuestas por el docente hospitalario.





El aula hospitalaria cuenta con:

- 8 computadoras
- 3 televisiones
- 2 DVD
- Material didáctico (hojas, papel, fomi, fieltro, cartulinas, plastilinas, pinturas, bolas de unicel, resistol, marcador, juegos de mesa, libretas etc.)
- 1 mesa grande de trabajo y 2 pequeñas
- Espacio recreativo (casas de niños para jugar)
- Más de 1000 ejemplares de libros de lectura y del sistema escolar SEP



Por otra parte, centrándonos en los niños y en cómo viven su estancia ahí, pudimos percatarnos del cambio que sufren cada que reciben el tratamiento correspondiente a su enfermedad. Antes de recibirlo se tornan contentos y participativos, pero cuando surge el momento en el que los acompañantes se retiran y empiezan su tratamiento, ellos cambian su aspecto; se muestran tristes, tal vez preocupados por no saber lo que les pasará, y ciertamente enojados porque algunos sienten que no merecen estar ahí. Claramente los niños más grandes muestran mayor control, ya que se dan cuenta de las cosas y lo asumen de una mejor manera.

Al propiciar un espacio de aprendizaje basado en la didáctica podemos condicionar en ellos, habilidades que posteriormente podrán desarrollar cuando se encuentren sanos; evitando también que posterior a su recuperación sufran de desequilibrios, discriminación o pocas alternativas de aprendizaje. Nuestra propuesta se sustenta del Counseling educativo en el aula hospitalaria así como en las diferentes secuencias didácticas que se estructuraron para aplicarse a niños de 2 a 7 años del área de hemato-Oncología; para apoyarlos en su proceso de psicomotricidad y

situaciones educativas como ya se ha mencionado con anterioridad; también se intenta tener una comunicación significativa con el paciente sin tomar el lugar del Psicólogo, por lo que la propuesta va encaminada hacia una educación integral del alumno.

Es de vital importancia conocer la funcionalidad de esta institución, para poder entender y conocer cómo los sujetos que en ella habitan y conviven día a día llevan a cabo sus intervenciones. Con todo esto podremos tener una visión más clara de las diferentes acciones y dinámicas que podremos realizar con los pacientes. Una vez conocido el entorno de la institución, la población con la que se va a trabajar y la dinámica del lugar, se obtendrá un panorama descriptivo y analítico para verificar si el contexto influye de manera directa o indirecta en la forma en que cada sujeto se relaciona. Conocer el contexto, también nos abrirá algunos caminos por los cuales podremos ir creando alternativas y propuestas de trabajo que se adapten a situaciones específicas.

# 6.1 ACTIVIDADES MOTRICES



**Actividad didáctica: Náufragos y Tiburones**  
**Edad: 6-7 años**  
**(Grupal)**

<p align="center"><b>Propósito general</b></p> <p>Que el niño pueda moverse y reforzar su memoria de una manera divertida.</p>	<p align="center"><b>Aprendizajes esperados</b></p> <p>Que el niño logre realizar diferentes movimientos que se le pedirán utilizando la memoria para recordarlo, coordinar y controlar el cuerpo de manera voluntaria y divertida.</p>	<p align="center"><b>Aspectos psicomotrices a desarrollar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Puntos espaciales</li> <li>❖ Creatividad</li> <li>❖ Motricidad gruesa</li> <li>❖ Motricidad fina</li> </ul>
		<p align="center"><b>Lugar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aula hospitalaria</li> </ul>

**Recursos:**

Bancos u hojas de colores en forma de círculo, tijeras, colores, resistol, diurex o cinta canela, libros de animales, cartulina de colores, cubre boca, gel antibacterial.

**Inicio:**

- Se inicia la actividad con el saludo del Pedagogo para amenizar el ambiente, el cual les dirá una adivinanza o algún chiste según sea su elección.
- Posteriormente les debe comentar y preguntar sobre:  
 ¿Qué es o qué saben de los náufragos? En dónde se encuentran?, ¿Qué comen los tiburones? etc.
- Una vez contestadas las preguntas se les debe dar la explicación de la actividad.

**Desarrollo:**

- Investigarán un poco acerca con el apoyo de libros o tics sobre algún animal del

mar que les agrade.

- Después se les entregará las cartulinas para que diseñen sus aletas de acuerdo al animal elegido.
- Mientras los niños realizan sus aletas, se colocarán bancos para que puedan subir todos los niños, en caso de no poder usar bancos se simulará en el piso basándose en hojas de colores como puntos estratégicos.
- El Pedagogo será el tiburón y en caso de atrapar a un niño le realizará preguntas sobre el animal del mar que eligió:  
¿Qué come? ¿Qué características tiene? ¿Es grande o pequeño? etc. (para poder seguir en el juego debe contestar)
- Se pondrá música y los niños y niñas irán dando vueltas alrededor de los bancos u hojas mientras esta dure. Cuando pare la música todos se subirán arriba de los bancos o se colocaran encima de las hojas, ayudándose unos a otros para que no quede ninguno en tierra (el agua) pues puede pasar el tiburón (maestra/o) y comérselos.
- Poco a poco se irán quitando bancos u hojas de manera que el espacio cada vez será más reducido y tendrán que ayudarse o sujetarse unos a otros para poder subir todos y que el tiburón no se coma a nadie.
- El juego finaliza cuando sólo queden tres niños.

**Cierre:**

- Los niños deberán comparar las aletas de los animales que eligieron, prestárselas y platicar sobre la actividad.

**Evaluación:** que respeten y sigan las indicaciones, la cooperación y formas de relacionarse con sus compañeros

**Actividad didáctica: El tesoro del pirata**

**Edad: 3-7 años**

**(grupal)**

<p><b>Propósito general:</b> Utilizar referencias personales para ubicar lugares.</p>	<p><b>Aprendizajes esperados</b> Que el niño desarrolle y explique cómo ve otros objetos y personas desde diversos puntos espaciales: arriba, abajo, cerca, de frente, de perfil</p>	<p><b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ lateralidad,</li><li>❖ Puntos espaciales</li><li>❖ Motricidad fina</li></ul> <p><b>Lugar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Aula hospitalaria</li></ul>
<p><b>Recursos:</b> hojas blancas, figuras de papel, tijeras, material didáctico, cilindros de cartoncillo, pinturas digitales, cubreboca y gel antibacterial, máscara de pirata, mapa del tesoro, caja que simule el cofre del tesoro con monedas de papel</p>		
<p><b>Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El Pedagogo preguntará al niño sobre su estado y cómo se siente</li><li>• A continuación les preguntará algunas nociones espaciales del aula para saber cuánto es su desarrollo como: ¿Qué se encuentra encima de ellos?, después que expliquen ¿qué pasa si se mueven de lugar?, ejemplo: preguntar qué ocurre cuando se acerca o se aleja de ciertos objetos? sigue estando lejos? ¿Cambia la forma del objeto?</li></ul> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se les entregará un diseño de una máscara y deberán decorarla, al final se les ayudará a ponerle, un resorte o listón para amarrar</li></ul>		

- Una vez terminada la máscara se formarán parejas que será la forma en que buscarán el tesoro
- El Pedagogo preguntará si saben qué es un mapa o qué saben sobre piratas
- Después se les entregará una hoja con el diseño de un mapa con referencias del lugar donde se encuentra el tesoro y ubicar la X para poder ser los ganadores.

**Cierre:**

- Una vez encontrado el tesoro preguntar:  
¿Qué se hizo más fácil?, ¿Qué les pareció la actividad?, ¿Qué se les hizo más difícil?, ¿Qué se sintió ganar el tesoro?, ¿Qué harás con tu tesoro?
- Por último cada niño realizará un dibujo de él mientras buscaba el tesoro

**Evaluación:**

Siguió correctamente las indicaciones y si logró ocupar sus ejes espaciales en el mapa.

<b>Actividad didáctica: El tesoro del Pirata</b> <b>Edad: 3-7 años</b> <b>(individual)</b>		
<b>Propósito general:</b> Utilizar referencias personales para ubicar lugares.	<b>Aprendizajes esperados</b> Que el niño desarrolle y explique cómo ve otros objetos y personas desde diversos puntos espaciales: arriba, abajo, cerca, de frente, de perfil	<b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ lateralidad</li> <li>❖ Puntos espaciales</li> <li>❖ Motricidad fina</li> </ul>
		<b>Lugar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aula Hospitalaria</li> </ul>
<b>Recursos:</b> hojas blancas, figuras de papel, tijeras, material didáctico, cilindros de cartoncillo, pinturas digitales, cubreboca y gel antibacterial, mascara de pirata, mapa del tesoro, caja pequeña o bolsa que simule el cofre del tesoro con monedas de papel		
<b>Inicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Pedagogo preguntará al niño sobre su estado y cómo se siente</li> <li>• A continuación les preguntará algunas nociones espaciales del aula para saber cuánto es su desarrollo como:                ¿Qué se encuentra encima de ellos?, después que expliquen ¿qué pasa si se mueven de lugar?, ejemplo: preguntar qué ocurre cuando se acerca o se aleja de ciertos objetos? sigue estando lejos? ¿Cambia la forma del objeto?             </li> </ul>		
<b>Desarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les entregará un diseño de una máscara y deberán decorarla, al final se les</li> </ul>		

ayudará a ponerle , un resorte o listón para amarrar

- Una vez terminada la máscara el counselor preguntará si sabe qué es un mapa o qué sabe sobre piratas
- Después se le entregará una hoja con el diseño de un mapa con referencias donde se encuentra el tesoro, tendrán que seguir las instrucciones que le indique el counselor para para colorear dentro del mapa y ubicar la X para poder ganar.

**Cierre:**

- Una vez encontrado el tesoro preguntar.  
¿Qué se hizo más fácil?, ¿Qué le pareció la actividad?, Que se hizo más difícil?
- Por último se le entregará un pequeño tesoro por haber llegado a la X

**Evaluación:**

Siguió correctamente las indicaciones y si logró ocupar sus ejes espaciales en el mapa

<p align="center"><b>Actividad didáctica: caminito de la escuela</b></p> <p align="center"><b>Edad: 4 a 6 años</b></p> <p align="center"><b>(individual)</b></p>		
<p><b>Propósito general:</b></p> <p>Construir sistemas de referencia en relación con la ubicación espacial</p>	<p><b>Aprendizajes esperados</b></p> <p>Que construya utilizando materiales de ensamble de distintas formas y naturaleza, para moldear de acuerdo a su propia creación</p>	<p><b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ lateralidad</li> <li>❖ Creatividad</li> <li>❖ Motricidad fina</li> </ul> <hr/> <p><b>Lugar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Área Hematoncológica (cama)</li> </ul>
<p><b>Recursos:</b></p> <p>hojas blancas, cartón, cajas, pintura digital, pinceles, tijeras, resistol, cubreboca y gel antibacterial</p>		
<p><b>Inicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Pedagogo saluda y pregunta sobre el estado de ánimo del paciente, compartirá con él lo que realizó en su día y viceversa el niño compartirá sus anécdotas.</li> <li>• Posteriormente se le entregará un rompecabezas y entre los dos lo armarán.</li> <li>• Se le preguntará si asistía a la escuela en caso de ser afirmativo se le preguntará que si recuerda el camino que recorría para llegar,</li> </ul>		

**Desarrollo**

- El niño deberá explicar y dibujar cómo llega a la escuela y los lugares por los que pasa, indicando algunas referencias como iglesias y torres,
- El Pedagogo hará preguntas como ¿Qué tan lejos, cerca, baja o alta está el objeto de referencia?
- Con la ayuda de algún familiar ir realizando una pequeña maqueta con materiales reciclables como cajas de medicinas popotes, botes etc.

**Cierre:**

- Deberán hacer un dibujo de ellos arriba de una montaña y cómo se vería su casas desde arriba

**Evaluación:**

Que explique con coherencia y coordinación el camino a su casa, para lo cual se apoyará del familiar para confirmar la información

<b>Actividad didáctica: Mi nombre</b>  <b>Edad: 3-4 años</b> <b>(individual)</b>		
<b>Propósito general:</b> Identificar regularidades en una secuencia, a partir de criterios de repetición, forma y ordenamiento.	<b>Aprendizajes esperados:</b> Distingue la regularidad en patrones. Anticipa lo que sigue en patrones e identifica elementos faltantes en ellos, ya sea de tipo cualitativo o cuantitativo.	<b>Aspectos de Psicomotricidad a Desarrollar:</b> ❖ Motricidad fina ❖ Centracion, ❖ Asimilación
		<b>Lugar:</b> ❖ Área Hemato-oncologica (camas)
<b>Recursos:</b> hojas blancas, figuras de papel, tijeras, material didáctico, un gancho para la ropa (entregado por el counselor), hilo o estambre, Resistol, cubreboca y gel antibacterial		
<b>Inicio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencionarles que juntos contemos el número de niños que hay en el área, después escribir su nombre.</li> <li>• Preguntar cuántas letras tiene (contando juntos ),</li> <li>• Colocarle en secuencia ciertos objetos que se encuentren a la mano dentro del área y que él la siga.</li> </ul>		

**Desarrollo:**

- El niño tendrá que interpretar algunas de las series en su cuaderno u hoja blanca.
- El counselor pedirá que realicen tarjetas representadas con dibujos sobre los pasos que ellos siguen en casa, ya sea para bañarse comer, dormir o jugar,
- Posteriormente lo harán con su nombre, se jugará con las letras para ver qué otras palabras se pueden formar y se irán amarrando con un hilo al gancho en el orden de su nombre para hacer un móvil

**Cierre**

- Platicará lo que realizó y cómo lo realizó a alguna persona que esté a su alrededor

**Evaluación:**

Comparación, orden y secuencia en la realización de las tarjetas

Que escriba su nombre

Que aprenda las secuencias

**Actividad didáctica: Lluvia de globos**

**Edad: 5-6 años**

**(Individual)**

<b>Propósito general:</b> Que el niño comprenda los principios del conteo, y trabaje las partes de su cuerpo que puede mover	<b>Aprendizajes esperados:</b> Mejorar la coordinación entre objeto y las partes corporales como: manos, pies y cabeza. Identifica la cantidad de elementos mediante el conteo de manera ascendente	<b>Aspectos Psicomotrices a Desarrollar:</b> ❖ Coordinación ❖ Motricidad gruesa
		<b>Lugar:</b> ❖ Área Hemato-oncológica (cama)
<b>Recursos:</b> globos de colores, marcador, bolsa grandes, hojas, cubreboca y gel antibacterial		
<b>Inicio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• El Pedagogo llegará y contará algún chiste o adivinanza</li><li>• Se contarán algunos objetos que estén a su alrededor como repaso.</li></ul>		
<b>Desarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La docente entrega algunos globos para que los infle o el Pedagogo apoyará a inflarlos en caso de que el niño no pueda</li><li>• Cuando todos estén inflados (aprox. 10 globos) se jugará con ellos, se avienta un globo y se dice una parte del cuerpo, ejemplo: cabeza y el niño deberá pegarle al globo con la cabeza. Hasta finalizar y repasar todas las partes del cuerpo</li><li>• Después de jugar con el cuerpo el o los niños, se quedarán todos los globos</li></ul>		

para con un marcador colocarles un número del uno al diez a cada globo

- Posteriormente trata de encestarlos en la bolsa grande, el Pedagogo motivará para que no se desanime en caso de no encestar.

**Cierre**

- Anotará el número de los globos que encestó

**Evaluación:**

La motricidad y el orden del conteo, así como observar si en niño coordinó las partes del cuerpo.

**Actividad didáctica: Tiro al blanco**

**Edad:7 años**

**(Grupal)**

<b>Propósito general:</b> Desarrollar la coordinación óculo- manual (puntería)	<b>Aprendizajes esperados:</b> Tomar consciencia del propio cuerpo y de las numerosas posibilidades de movimientos que tiene	<b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Motricidad gruesa</li><li>❖ Motricidad fina,</li><li>❖ Coordinación</li></ul>
		<b>Lugar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Aula hospitalaria</li></ul>

**Recursos:**

Un tiro al blanco, imágenes del cuerpo, diurex, una flecha con punta de goma, una lámina grande del cuerpo humano, lápiz, hojas, colores, cubreboca y gel antibacterial

**Inicio**

- saludo del Pedagogo, haciendo alusión a una frase motivacional
- Después contará una adivinanza o chiste

**Desarrollo**

- Les explicará en qué consiste la actividad.
- Se llevará una lámina del cuerpo humano y se le enseñarán las partes principales y motoras del cuerpo.
- El Pedagogo hará una breve explicación sobre las funciones según la imagen
- Posteriormente el pedagogo colocará un tiro al blanco a una distancia determinada dependiendo la salud y estado del niño

- En cada línea del tiro al blanco habrá imágenes de las partes del cuerpo y el niño tendrá que atinarle a cada una explicando, sin ver sus apuntes, que parte es y cuál es su función

**Cierre**

- El Pedagogo se percatará de las respuestas incorrectas y dará las correctas

**Evaluación:**

La explicación de las partes del cuerpo después de repasarla con el Pedagogo

**Actividad didáctica: Somos constructores**

**Edad:2-4 años**  
**(individual o grupal)**

<b>Propósito general:</b> Que utilice objetos e instrumentos de trabajo que le permitan, resolver problemas y realizar actividades diversas. Que manipule libremente diferentes materiales y descubrir los distintos usos que puede darles.	<b>Aprendizajes esperados:</b> Armar rompecabezas que implican cierto grado de dificultad, construye utilizando ensambles que se conecten o sean de distintas formas y naturaleza.	<b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Motricidad fina,</li><li>❖ Asociación,</li><li>❖ Creatividad</li></ul>
		<b>Lugar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Aula Hospitalaria</li><li>❖ Área Hematológica (camas)</li></ul>
<b>Recursos:</b> material didáctico (cubos grandes, pequeños, de colores), rompecabezas, tijeras Resistol, mica.		
<b>Inicio</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• El Pedagogo saludará y pedirá que canten la canción de huitzi huitzi araña usando las manos,</li><li>• Después preguntará quién ha armado castillos, rompecabezas, edificios y cómo son sus características.</li></ul>		
<b>Desarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se les entregará a cada niño cierta cantidad de juegos didácticos (cubos) primero podrá jugar libremente para conocerlos y posteriormente para que armen una torre</li></ul>		

de forma recta.

- Después que hayan armado la primera se pedirá que la deshagan y traten de armar dos torres al mismo tiempo (usando sus dos manitas, una para cada torre),
- Terminando deberán hacer una torre con otro diseño que no sea recto, es decir puede ser en triangulo, o en zigzag.
- El Pedagogo les entregará un rompecabezas para que de forma colectiva pueda armarlo, les entregará una hoja dividida en forma de rompecabezas para que lo coloreen y recorten (de preferencia que sean más líneas rectas y grandes para recortar). Se les pedirá que traigan 2 pliegos de papel china de diferentes colores e investigar que es un papalote.

#### **Cierre**

- Para finalizar se les preguntará  
¿Qué les pareció el papalote?, ¿qué tan difícil fue armar el rompecabezas y las torres al mismo tiempo?, ¿Les gustó? ¿Por qué?

**Evaluación:** que respeten y sigan las indicaciones, la cooperación y formas de relacionarse con sus compañeros ,que expliquen cómo solucionaron sus problemas (rompecabezas y la realización de las torres), que durante el juego hayan aplicado reglas reales cotidianas como respeto tolerancia y cooperación

El tiempo que tardaron en realizar las torres y el rompecabezas

## 6.2 ACTIVIDADES



## AUDITIVAS MOTRICES

## Actividad didáctica: Mi boquita suena a un Animal

Edad: 2-4 años

(Individual)

<b>Propósitos generales:</b> Que el niño conozca, identifique y reproduzca el sonido del animal que se le enseñe.	<b>Aprendizajes esperados:</b> Que el niño logre identificar los sonidos que pueden reproducir los animales y los asocia a los que corresponden.	<b>Aspecto psicomotrices a desarrollar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Audición y habla</li><li>❖ Centración</li></ul>
		<b>Lugar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Área Hemato-Oncológica (cama)</li></ul>

### Recursos:

Tarjetas de animalitos, hojas con dibujo de animales para iluminar, Colores ,Grabación de sonidos de animales, tijeras, resistol, cubre boca y gel antibacterial

### Inicio

- El Pedagogo debe llegar amenizando el ambiente, de tal manera que el niño quiera trabajar.
- Después de lograrlo debe preguntar:  
¿Qué animales conoce? ¿Dónde viven? Y ¿Qué sonidos hacen?

### Desarrollo

- Se les enseñará las tarjetas de animales y ellos expondrán las características de cada uno en caso de saberlo,
- Si no saben las características, el Pedagogo debe decirlas.
- Después se le pondrá a escuchar una grabación con diferentes animales y ellos

identificarán el sonido de cada uno e irán asociando el sonido con las tarjetas.

**Cierre:**

- Se les entregará una plantilla con animales que escuchó para colorear y recortar, que servirá para colocar en los dedos y jugar con ellos

**Evaluación:**

Realizar preguntas de acuerdo a los 5 animalitos que se le enseñaron y pedirles que realicen su sonido.

**Actividad didáctica: Cuento motor**

**Edad: 4-7 años**

**(individual o grupal)**

**Propósito general:**

Que aprenda a escuchar con atención la narración de cuentos y fábulas

**Aprendizajes esperados:**

Precisión en el movimiento al momento de desarrollar diferentes actividades relacionadas con la expresión corporal.

**Aspecto Psicomotriz a desarrollar:**

- ❖ Motricidad gruesa
- ❖ Asimilación
- ❖ Concentracion

**Lugar:**

- ❖ Área Hemato-Oncológica (cama)

**Recurso:**

Libro de lectura, hojas blancas, lápices, colores, cubre boca y gel antibacterial

**Inicio**

- El Pedagogo llegará saludando y preguntando como están.
- Después puede preguntar:  
¿Sabes qué es un cuento? ¿Te gustan los cuentos? ¿Cuántos y cuáles has o te han leído? ¿te han gustado? Entre otras más para dar paso a la actividad.
- Posteriormente les mostrará los cuentos que él lleve y dará a escoger uno de ellos.

**Desarrollo**

- El Pedagogo contará un cuento y mientras los o el niño deberán ir representando con mímica, las acciones que vayan sucediendo según la narración.
- Una vez concluida la narración les pedirá que realicen lo mismo con el cuento que

eligieron y que su familiar represente la mímica.

**Cierre:**

- Los o el niño, platicarán sobre la actividad y el contenido del cuento.
- Puede preguntar:  
¿Te gustó la actividad? ¿Qué no te gustó de la actividad? ¿De qué trato tu cuento? Durante la mímica que realizaste ¿Qué te costó más trabajo hacer? Mientras tú contabas tu cuento ¿La otra persona realizó todas las acciones en mímica?.

**Evaluación**

Coherencia entre la narración, en las gesticulaciones y movimientos.

<b>Actividad didáctica: La Orquesta</b> <b>Edad:6-7 años</b> <b>NOTA: esta sesión es para 4 o 5 días, se aplicará a niños que están más tiempo (grupal)</b>		
<b>Propósito general:</b> Expresar sensibilidad, imaginación al interpretar o crear canciones y melodías. Fomentar la armonía oído-corporal	<b>Aprendizaje esperado:</b> Que logre seguir el ritmo de canciones utilizando palmas, pies o instrumentos musicales, modificar la letra. Acompañar las canciones con instrumentos musicales sencillos hechos por él.	<b>Aspectos psicomotrices a Desarrollar:</b> ❖ motricidad fina ❖ Motricidad gruesa ❖ Coordinación
		<b>Lugar:</b> ❖ Aula Hospitalaria ❖ Area Hemato-Oncológica (cama)
<b>Recursos:</b> Láminas de colores plumones de colores, cinta, hojas blancas, tela para hacer cubreboca, resorte, jabón y gel antibacterial, tijeras, cartón, cajas, hilos, diurex, diurex.		
<b>Inicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo del Pedagogo, preguntará si le gusta la música y cuál es su favorita si es posible cantar una de sus canciones favoritas</li> <li>• Preguntar a los niños ¿Qué es una orquesta musical?, escuchar sus conocimientos previos.</li> <li>• Mencionar que se formará una mini orquesta y que se va a cantar y tocar instrumentos musicales,</li> <li>• Preguntar quién conoce instrumentos musicales y cuáles.</li> </ul>		

- Anotar en una cartulina a modo de pizarrón, dónde los han visto y quién de su familia toca algún instrumento.

### **Desarrollo**

- Que los niños cierren los ojos y escuchen los sonidos del hospital y comparar con los sonidos que hay en la calle
- El Pedagogo pondrá, con el apoyo de una grabadora un disco con sonidos de un bosque, en el cual se escuchara sonidos del viento y varios animales para que los niños escuchen e identifiquen, después anotará en una cartulina los comentarios y opiniones acerca de las diferencias de los sonidos.
- Preguntar con qué partes del cuerpo podemos hacer sonidos y con qué objetos.
- El segundo día se recapitulara la sesión anterior y se entregará una lámina o revistas donde encuentre instrumentos musicales y pueda recortar para hacer una clasificación, pegar en el cuaderno u hojas
- Cuestionar a los niños para saber qué grupos musicales conocen u orquestas, etc.
- Posteriormente se realizará una lista para ver lo que necesitamos para hacer una orquesta, como la música, el director, la ropa, los instrumentos musicales, entre otras cosas.
- Traer varios géneros musicales y escuchar, preguntar qué sienten al escucharlos
- Entregar una hoja de papel y con un lápiz harán dibujos o rayas según lo que les provóquela música.
- Presentar la canción que tocaremos para que la escuchen.
- Traer una botella, semillas, materiales reciclables, etc., para realizar su instrumento musical, ellos eligen qué instrumento quieren realizar.
- Elegir una canción para seguir ritmos con manos, pies. Dejar de tarea que se aprendan una canción para el día siguiente con ayuda de su familiar.
- Seguir ritmos de canciones con sus instrumentos musicales hechos por los

niños.

- Seguir ritmos de canciones con instrumentos convencionales (con los que cuenta la escuela).

### **Cierre**

- Para finalizar preguntar a los niños  
Qué aprendieron?,
- Realizar un folleto de todo lo que aprendieron, compartirlo y entregarlo a las familias.
- Platicar con ellos acerca de la clase , como se sintió físicamente y si se cansó o tubo alguna molestia

### **Evaluación**

Si logró clasificar los instrumentos adecuadamente y si se aprendió la canción.

<p><b>Actividad didáctica: La papa caliente</b>  <b>Edad: 3-4 años</b>  <b>(Grupal)</b></p>		
<p><b>Propósito general:</b>  Estimular su psicomotricidad y coordinación, que el niño logre atrapar objetos y fomentar la sana alimentación</p>	<p><b>Aprendizajes esperados</b>  Una coordinación rápida entre mente y manos:</p>	<p><b>Aspectos psicomotrices a desarrollar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motricidad gruesa</li> <li>❖ Audición y habla.</li> </ul>
		<p><b>Lugar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aula Hospitalaria</li> <li>❖ Area Hemato-Oncológica (camas)</li> </ul>
<p><b>Recursos:</b>  Una pelota pequeña de plástico, globos, estampitas de decoraciones, dibujo del plato del buen comer</p>		
<p><b>Inicios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Pedagogo saludará y platicará sobre cómo se siente y la situación que está pasando fungiendo un rol de amigos,</li> <li>• Después preguntará sobre lo que ha comido en el hospital y si le gusta la comida del hospital, cuál es su platillo favorito y hacer mención de la actividad que realizaremos.</li> </ul> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les explicará el juego de la papa caliente que es una pelota que se lanzará</li> </ul>		

a un niño y éste a su vez la volverá a lanzar mientras se canta.

“la papa caliente estaba en un sartén tenía mucha sed y quien se quemó a la 1 a las 2 y a las 3”,

- El que se quede con la papa terminada la canción tendrá que responder la trivía alimentaria y si responde bien se le dará un premio y si no perderá un turno

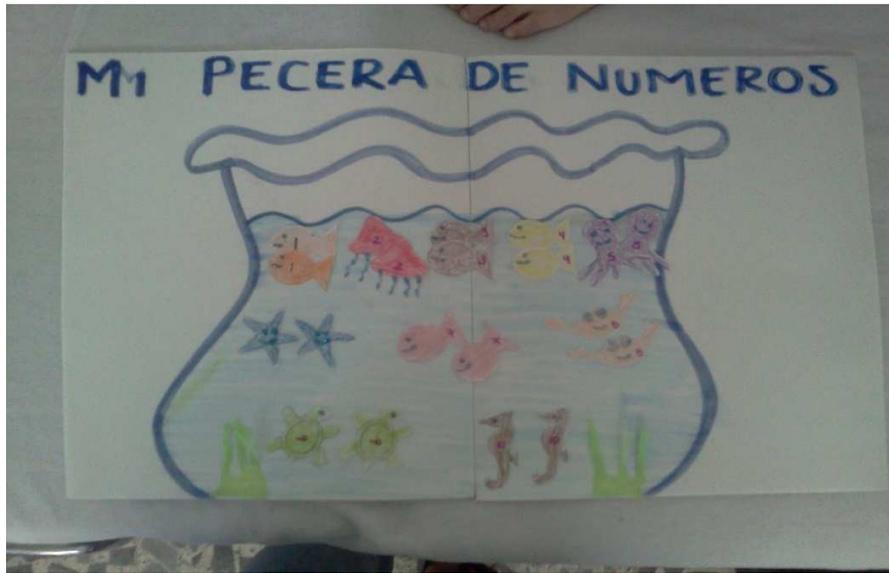
**Cierre:**

- El Pedagogo repetirá algunas preguntas para saber si logró sus aprendizajes esperados.

**Evaluación:**

Analizar el contenido de sus respuestas y sobre los conocimientos del plato del buen comer

## 6.3 ACTIVIDADES DE HABILIDAD MENTAL Y



## PENSAMIENTO MATEMÁTICO

**Actividad didáctica: Perdido en las estaciones del año**

**Edad: 6-7 años**

**(grupal)**

**Propósito general:**

Que conozca qué sucede en cada estación del año y que logre contar de manera ascendente.

**Aprendizajes esperados:**

Que logre identificar las características de cada estación del año y logre estimular su destreza.

**Aspecto Psicomotriz a desarrollar:**

- ❖ Motricidad gruesa
- ❖ Asimilación
- ❖ Coordinación

**Lugar:**

- ❖ Aula hospitalaria

**Recurso:**

Libro y lamina de las estaciones del año, hojas con marcas de vías de tren, dado, colores, lápiz, gel antibacterial y cubre bocas.

**Inicio**

- El Pedagogo llegará saludando y preguntando cómo están
- Les hará preguntas sobre el clima.  
¿Sabes qué tipos de clima hay? ¿Cuál te gusta más y por qué?

**Desarrollo**

- Se les dará un libro o lamina de las estaciones del año y al mismo tiempo se les explicará qué sucede en cada estación.
- En el piso se colocarán hojas formando unas vías de tren por toda el aula, a modo de que quepan las 4 estaciones del año.
- La actividad iniciará cuando el Pedagogo o un niño lance el dado y así avanzar la cantidad de cuadros según el número de puntitos del dado, dependiendo de la

estación donde se queden, el Pedagogo les hará preguntas correspondientes a dicha estación.

- El juego termina cuando el tren haya pasado por las cuatro estaciones.
- Una vez concluido, el niño realizará un dibujo sobre la estación del año que les agrado, y tendrá que inventar una historia.

**Cierre:**

- Que comparta su cuento con los demás niños o incluso las enfermeras.
- Que les pida que si ellos pueden elaborar un cuento escrito de la representación de su dibujo.

**Evaluación**

Que narre con coherencia el cuento y responda correctamente a las preguntas que se le hicieron sobre las estaciones.

<b>Actividad didáctica: Sumando con mi pulpo</b> <b>Edad: 6-7 años</b> <b>(grupale individual)</b>		
<b>Propósito general:</b> Que el niño refuerce sus conocimientos y habilidades en Matemáticas.	<b>Aprendizajes esperados:</b> Que logre manipular y coordinar sus movimientos. Que sea asertivo en sus respuestas. Que aprenda a sumar y restar.	<b>Aspecto Psicomotriz a desarrollar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Motricidad gruesa</li> <li>❖ Motricidad fina</li> <li>❖ Asimilación</li> <li>❖ Coordinación</li> </ul>
		<b>Lugar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Área Hemato-Oncológica (cama).</li> <li>❖ Aula hospitalaria</li> </ul>
<b>Recurso:</b> Cartulina, tijeras, diurex imágenes de color, tarjetas con números, hilo o estambre, gel antibacterial y cubre bocas.		
<b>Inicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Pedagogo entrará y saludará a los niños, les dirá una adivinanza y les pedirá que si ellos se saben una la digan.</li> <li>• Después comenzará a explicarles sobre la actividad que estará apoyada de un pulpo. Les hará preguntas como:                ¿Sabes qué es un pulpo? ¿Sabes dónde habita? ¿Sabes cuáles son sus características? (en caso de no saber, el Pedagogo explicará).</li> <li>• Posteriormente les entregará una hoja con imágenes, la cual tendrá representado sumas para que el niño resuelva y así conocer el nivel matemático que manejen.</li> </ul>		

**Desarrollo**

- Explicar en qué consiste la actividad y darles las cartulinas con los patrones a seguir para que realicen sus tentáculos (el Pedagogo apoyará a la realización de éstos.)
- Una vez terminados se amarraran al cuerpo y se pegarán cierta cantidad de objetos en cada tentáculo con diurex o masqin.
- Para continuar, el Pedagogo indicará si quita o agregue objetos para que el niño cuente cuántos tiene ahora y elegirá el número que le corresponde.

**Cierre:**

- Preguntarle si le gustó ser pulpo y ¿por qué?
- Explicarle que lo que realizó se llama agregar y reducir.

**Evaluación**

Que allá resuelto correctamente las operaciones y allá puesto cada número correspondiente en cada tentáculo del pulpo.

## 6.4 ACTIVIDADES DE



## CREATIVIDAD E IMAGINACIÓN

**Actividad didáctica: Mi mundo Abecedario**

**Edad:7 años**

**(grupal )**

**Propósito general:**

Que el niño estimule sus aprendizajes de español mediante la agrupación de colores.

**Aprendizajes esperados:**

Que conozcan, aprendan y digan el abecedario sin titubeos.

**Aspecto Psicomotriz a desarrollar:**

- ❖ Motricidad fina
- ❖ Centración

**Lugar:**

- ❖ Área Hemato-Oncologica (cama).
- ❖ Aula hospitalaria

**Recursos:**

Arcoíris de cartulina, palabras recortadas iniciadas con cada letra del abecedario, hojas con las palabras a ordenar y pegar, gel antibacterial y cubre bocas.

**Inicio**

- El Pedagogo entrará y saludará a los niños
- Comenzará a realizar preguntas como:  
¿Has visto un arcoíris? ¿Qué colores tiene?
- Después deberá explicar que se armará un arcoíris en base a na actividad.

**Desarrollo**

- Se pegará en la pared el molde del arcoíris y e le entregará una hoja en donde estarán las palabras que va a buscar.
- En una bolsa estarán revueltas las palabras que se pegarán, las cuales se irán

sacando letra por letra.

- Dichas palabras estarán clasificadas por colores, de acuerdo al arcoíris, en cada línea del arcoíris se deberán pegar de 3 a 5 palabras.

**Cierre:**

- Una vez terminado el arcoíris, se repasarán todas las palabras que se dieron y se preguntará:  
¿Te gustó la actividad? ¿Qué te costó más trabajo? ¿En algún momento dudaste de la palabra? Y también cómo se sintió en caso de haber dudado o equivocarse.

**Evaluación**

Que las palabras hayan sido colocadas correctamente de acuerdo al color y letra en el arcoíris.

**Actividad didáctica: El globo con figuras**

**Edad:5 años**

**(individual y grupal )**

**Propósito general:**

Que el niño conozca e identifique las figuras que se encuentran dentro del globo y se fortalezca su memoria

**Aprendizajes esperados:**

Que logre identificar las diferentes figuras y la distinción entre todas.

**Aspecto Psicomotriz a desarrollar:**

- ❖ Motricidad fina
- ❖ Centración
- ❖ Asimilación

**Lugar:**

- ❖ Área Hemato-Oncológica (cama).
- ❖ Aula hospitalaria

**Recursos:**

Hoja de papel o cartulina con dibujo del globo, hoja con figuras geométricas para recortar, gel antibacterial y cubre bocas.

**Inicio**

- Para iniciar la sesión, el Pedagogo saludará a los niños y formará un ambiente ameno.
- Durante la plática les preguntará si saben qué son las figuras geométricas y si a su alrededor hay algunas.

**Desarrollo**

- Les explicará en qué consiste la actividad que les pedirá que realicen
- Les entregará una hoja de papel o pedazo de cartulina en la cual esta dibujado el globo con diversas figuras dentro.

- Repasar cada nombre de la figura con el niño y de ser posible ayudar a escribir su nombre.
- Una vez repasadas todas las figuras, tendrá que iluminarlas del color que más le guste (no otorgar un color en específico para que el niño no se aburra y él presente iniciativa de elección)

**Cierre:**

- Terminando todo el globo, repasarlo nuevamente pero ahora incluyendo en el repaso el color de cada figura.

**Evaluación**

Que el niño mencione cuáles son las figuras y las dibuje en otra hoja, así como decir con qué lo puede relacionar ante algún objeto de donde se encuentre.

**Actividad didáctica: El títere de papel soy yo**

**Edad:3 a 5 años**

**(individual )**

**Propósito general:**

Que el niño pueda identificar sus propias características físicas y de esta manera representarlas en un títere o dibujo

**Aprendizajes esperados:**

Reforzar y conocer las partes de su cuerpo.

**Aspecto Psicomotriz a desarrollar:**

- ❖ Motricidad fina
- ❖ Motricidad gruesa
- ❖ Centración
- ❖ Asimilación

**Lugar:**

- ❖ Área Hemato-Oncológica (cama).

**Recursos:**

Hoja blanca, colores, cartulina, cartón, papel crepe, tela , plastilina, sopa, cola de ratón, gel antibacterial y cubre bocas.

**Inicio**

- Para iniciar la sesión, el Pedagogo saludará a los niños y formará un ambiente ameno con algún chiste, adivinanza o trabalenguas.
- El Pedagogo deberá platicar con el niño de manera que pueda ir mencionando sus características físicas (color de cabello, de piel, si es alto o pequeño etc)
- De igual manera, el deberá mencionar sus propias características. para que el niño participe sin temor.

**Desarrollo**

- Después explicarle que se dibujará en una hoja blanca o cartulina de acuerdo a lo que nos acaba de decir.
- Iluminarlo a pegarle algún material de su elección y recortar el dibujo.
- Pegarle un palito de madera, para que el niño pueda jugar con él.

**Cierre:**

- El Pedagogo jugará con el niño y platicarán sobre sus diferencias en el dibujo..

**Evaluación**

Mencionar cuáles son las partes de su cuerpo, y decirlas sin temor a equivocarse..

## CONCLUSIONES.

Existen nuevas acciones enfocadas hacer más afectiva la estancia de los niños al utilizar el tiempo en la escuelita hospitalaria y en las aulas multigrado. El modelo presentado se centra en la psicomotricidad, un elemento aparentemente olvidado por los psicólogos, y los docentes hospitalarios, este, se propone en función del actuar de los niños fuera de la institución médica, es decir la preocupación de cómo se relacionaran y desenvolverán los infantes en actividades físicas, de lenguaje y escritura con sus compañeros, amigos y en la escuela una vez terminado su tratamiento.

Las actividades del Modelo se adaptaron para un rango de edad de 2 a 7 años de forma grupal e individual estimulando la imaginación, la creatividad, y el pensamiento cognoscitivo, estas, no solo podían ser motrices debido a la edad que tienen los niños y a las exigencias de la sociedad, tenían que llevar un carácter educativo y llamativo para continuar con sus conocimientos o adquirirlos durante determinado tiempo, no olvidando tomar en cuenta la forma de planear, desarrollar y evaluar cada actividad e investigar los recursos con los que se cuenta y con qué material se puede trabajar.

Coincidimos que para un mejor desarrollo de estas actividades, nos deberíamos acompañar del modelo de orientación counseling, ya que con éste podemos crear un ambiente amable donde todo el mundo pueda expresarse, que apoye y estimule no solo la confianza del alumno, si no que optimice sus ganas de salir adelante sin ver a la enfermedad como un impedimento para lograr sus metas; el counseling nos permite incluso trabajar escolarmente en conjunto con la familia, animándolos al ver las evoluciones intelectuales y motrices que su hijo desarrollará y reflejará en algún momento.

Para continuar con esta labor educativa, el acompañamiento del counseling se propuso al observar que el trato de los médicos, enfermeras y otros trabajadores del lugar es muy inestable y provoca una reacción de miedo en los pequeños, y en el

caso de la escuelita se causa una actitud de obligación por parte de los padres a los hijos; Ante esto, como Pedagogas apoyadas del counseling, se pretende ser guía, ayudante, aliado, etc, una persona que no lo vea como un paciente, sino que lo trate como a cualquier otro niño sin enfermedad, sin términos clínicos, ni tratar de hablar de su malestar, es decir que con las actividades, la forma de desenvolvernos y trabajar con ellos se realice en conjunto, motivándolos a realizar algo nuevo, divertido y educativo.

La labor Pedagógica como counselor, debe tomar en cuenta las tres dimensiones que según la Sociedad interamericana (2008) del counseling deben de seguirse:

- ✓ Prevención de problemas cognitivos, emocionales, relacionales, espirituales y conductuales debilitantes.
- ✓ Promoción del crecimiento cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual desde una perspectiva contextual, ecológica, transformadora e integradora.
- ✓ Resolver y remediar los problemas de origen cognitivo, emocional, social y espiritual que puedan estar impidiendo el despliegue del potencial humano y bienestar integral de la persona, como el de su comunidad.

Este modelo de la orientación según las investigaciones se trabaja con adultos, sin embargo, lo adaptamos dándole un enfoque educativo-hospitalario e implementándolo para trabajar con niños, permitiendo establecer relaciones de apoyo, guía y confianza que favorezcan una evolución natural del desarrollo, como el aprendizaje y la creatividad para el autoconocimiento y la autodeterminación de ellos mismos.

En esta investigación se pudo notar que efectivamente los niños en el Hospital General de México del área de hemato-oncología, presentan cierto rezago educativo y cambios en su desarrollo psicomotriz, dependiendo el grado de la enfermedad, por lo cual es difícil planear actividades y/o juegos con mayores retos psicomotrices debido a que sus habilidades, destrezas, evoluciones y aprendizajes en este nuevo

modo de vida se limitan. En consecuencia, se indagó cómo poder desarrollar las potencialidades y conocimientos de los niños en condición de hospitalización con una enfermedad como el cáncer.

Es muy motivador observar que los niños exhiben y realizan con gusto cada actividad que en determinado momento se le daba a realizar; estas experiencias que vivimos y que se describen en este trabajo pueden inducir a otros profesionales a adquirir interés y conciencia de los problemas que presentan los niños hospitalizados, que afectan la madurez y desarrollo de la persona adulta que será mañana.

De igual manera, en el trabajo mencionado es importante la relevancia que tiene fomentar habilidades, comprender y entender las posibles funciones que el Pedagogo debe perseguir en este ámbito de trabajo, desarrollando habilidades y destrezas en otras áreas que así lo requieran como el área de salud en este caso. Con esto se ejemplifica que las diversas actividades que se incluyen para los niños del Hospital General de México, varían y se modifican de acuerdo a las necesidades que se pueden presentar por las diferentes situaciones de salud.

Es aconsejable que los hospitales creen un ambiente que de alguna manera se asemeje al del hogar, con espacios disponibles y permiso para jugar, reducir las restricciones que se aplican en el hospital, para ayudar a que el niño obtenga un sentido de bienestar y no se sienta excluido. La meta principal como pedagogas y del trabajo, es el gusto y la necesidad de enriquecer la formación propia del niño, dotándolo de diferentes capacidades, ya sean cognitivas, educativas, conductuales y emocionales, que le permitan mejorar su desarrollo aun estando en situaciones de hospitalización o con alguna discapacidad, logrando una integración a la vida social, escolar e incluso familiar.

Esta experiencia puede determinar la Pedagogía Hospitalaria como una educación integral para el ser humano que tiene necesidades especiales, y que puede contribuir a aumentar la calidad de vida del niño enfermo, lo que lleva a ofrecer educación con presencia duradera, cordial y preocupada por ayudar al niño como una parte más de

su cuidado médico, tomando en cuenta que el sujeto es un ser que quiere y lucha por salir adelante pese a su situación, para poder descubrir, aprender y aplicar sus propios conocimientos, respetando su sentir, lo que se conseguirá únicamente si los profesionales que atienden a los infantes trabajan conjuntamente, de manera afectiva y sin menosprecios, así como el continuar preparándose para adquirir nuevos conocimientos que ayuden a las diferentes situaciones que como seres humanos atravesamos en la sociedad, debido a que nadie puede enseñar lo que aún no conoce.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Lora María Esther, otros (2006). Manual de Didáctica General, edit.Limusa. Noriega. México. Df.
- Area Moreira Manuel (1993) Unidades didácticas e investigación en el aula. Un modelo para el trabajo colaborativo entre profesores. Colección: Cuadernos Didácticos consejería de educación, cultura y deportes del gobierno de canarias/ librería nogal ediciones Las Palmas de Gran Canaria, septiembre I.S.B.N. 84-88250-04-5
- Avila Baray, H.L.(2006) Introducción a la Metodología de la Investigación. Edición electrónica texto completo en [www.eumed.ntc/libros/2006c/203](http://www.eumed.ntc/libros/2006c/203).
- Besalú Xavier. (2002). Diversidad cultura y educación. Edit. Síntesis. Madrid.
- Bisquerra Rafael (1996). Orígenes y desarrollo de la Orientación Psicopedagógica. Editoriales Narcea, España.
- Blasco Mira J,E y Mengual Andres S. (2009). Educación Física y su Didáctica.
- Borquez Bustos Rodolfo.(2006). Pedagogía crítica. Edit. Trillas. México.
- C. Martí-Gil, D. Barreda-Hernández, G. Marcos-Pérez y D. Barreira-Hernández Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. 2013, **Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente**
- Cabezuelo G y Frontera P (2010). El desarrollo Psicomotor desde la Infancia hasta la Adolescencia. Narcea, Madrid. España.
- Castañeda Quintero L.(2006) “Pedagogía Hospitalaria: Antiguas necesidades y Nuevas Posibilidades” En hacia una Educación sin Exclusión” XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial. Edición electrónica. Universidad de Murcia.
- Ceztal Tun Augusto. (2004) Unidad Didáctica, una experiencia de planeación de actividades escolares para la elección de grupos multigrados en la escuela primaria indígena.pdf. Mérida Yucatán.

- D. Sheridan Mary (2002). Los primeros 5 años. Desarrollo y evolución del niño. Narcea, España.
- Delval Juan. (2008). El desarrollo Humano. siglo XXI editores. España
- Elsa m. casanova - revista interuniversitaria de formación del profesorado, nº 6, noviembre 1989.
- Feroso Paciano Estebanez (1994). Pedagogía Social. Fundamentación Científica. Edit. Herder. Barcelona
- Gal Roger (1958). La Orientación Escolar. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina.
- García Amilburu María (coord.)(2009). Iniciación al conocimiento Pedagógico. Edit. DYKINSON. Madrid
- García Aretio Lorenzo.(2009). Las unidades didácticas I. Editorial del BENED.
- García Núñez Juan Antonio, Fernández Vidal Félix. (1999). Juego y Psicomotricidad, General pardiñas. Madrid.
- García Núñez Juan Antonio, Barruezo Pedro Pablo. (2002) Psicomotricidad y educación infantil. CEPE,S.L general Pardiñas,95-28006 Madrid
- Grau Rubio Claudia (2001) La Pedagogía Hospitalaria en el Marco de una Educación Inclusiva. Ediciones Aljibe. Málaga.
- Grau Rubio Claudia (2004). Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración. Aljibe, España.
- Jiménez Ortega José y Jiménez de la C. Isabel (2010). Psicomotricidad. Teoría y programación para educación infantil, primaria y especial, editorial Wolters Kluwer, España.
- Keat B. Donald. (1979). Fundamentos de pedagogía para el asesor infantil. Edit. Diana. México.
- Marer W. Henry. (2003) Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Amorrurtu editores.B.A. Madrid

- Margulies Susana. Sobre Enfermedades Y Padecimientos: Medicina Y Antropología, ¿Un Diálogo Posible? .Programa de Antropología y Salud Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires
- Martin Toscano José, otros.(1999). Orientación psicopedagógica para profesores de educación secundaria, editorial Madrid. Sevilla, España.
- Meece, Judith. (2000). Desarrollo del niño y el adolescente. Compendio para educadores. México. SEP.
- Moor Paul.(1978). Manual de Pedagogía Terapéutica. Editorial Herder. Barcelona.
- Natorp Pablo (2001). Pedagogía Social. Teoría de la Educación de la voluntad sobre la base de la comunidad. Edit. Biblioteca nueva .Madrid
- Navarro Góngora José. (2004). Enfermedad y familia: Manual de Intervención Psicosocial. Ediciones Paidós. Barcelona
- O'Brien Tim, Guiney, Dennis (2005). Atención a la diversidad en la Enseñanza y el Aprendizaje. Edit. Alianza
- Ortiz María del Carmen (1988). Pedagogía Terapéutica. Educación Especial. Ediciones Amaru. España
- Pace Ana Cristina, Iñiguez Mariella.(2004). Unidad Didáctica y proyecto. Abordajes desde el hacer cotidiano, ediciones Colihue. Buenos Aires.
- Panza Margarita.(2002).Pedagogía y Currículo.8° edición. México D.F.
- Pérez Serrano Gloria. (2003). Pedagogía Social, Educación Social, Construcción Científica e intervención Practica. Edit. NARCEA. Madrid, España.
- Piaget Jean. (1995). Seis Estudios de Psicología. Editorial Labor, S.A Colombia.
- Piaget Jean.(2000). El nacimiento de la inteligencia en el niño. Editorial crítica
- Plan de estudios 2011 educación básica. Secretaria de Educación Pública. México D.F.2011.

- Redondo Duarte Sara y otros.(2012). Orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales y nuevas perspectivas. Ministerio de Educación y Deporte, España.
- Riera Jordi y Romani y otros (2008).La Pedagogía Profesional del siglo XXI. Facultad de Educación. Uned Educación XXI
- Rodríguez María Luisa.(s/a). Orientación e intervención psicopedagógica. Ediciones Ceac.
- Romay Morales Martha. (2009).Evaluación del desarrollo infantil Editorial trillas.
- Ruediger Dahlke. (2006). Enfermedad como símbolo. Manual de los síntomas psicosomáticos, su simbolismo, su interpretación y su tratamiento. Editorial Lectorum, México. D.F.
- S.Feldman Robert (2008). Desarrollo en la infancia. Editorial Pearson. Madrid España.
- Sáez Carrera Juan, José G. Molina.(2006).Pedagogía Social. Pensar la educación Social como profesión. Editorial alianza. Madrid.
- Sagastizabal María Ángeles.(2004.) Diversidad Cultural y Fracaso escolar. Edit. Novedades educativas. México, D.F.
- Sastre Genoveva y Moreno Montserrat (1988) Enciclopedia practica de pedagogía. Barcelona, Planeta.
- Sánchez Manzano (1994). Introducción a la Educación Especial. Edit. Complutense
- Santrock. W. Jhon. (2007). Desarrollo infantil. Edición. Mc Graw-Hill/integralamerica México, DF
- Schnake Nana Adriana. (2007). Enfermedad, síntoma y carácter. Diálogos gestálticos con el cuerpo. Editor cuatro vientos. Santiago de Chile.
- SEP.(2009) Orientaciones para el desarrollo de competencias docentes hospitalarias. Pedagogía Hospitalaria.

- Serrano García Javier, Esteban Valdez Juana.(1999). Orientación vocacional. (Universidad autónoma del estado de México.
- SEP (2010). Memoria del primer Diplomado de Pedagogía Hospitalaria. Apuntes de Pedagogía Hospitalaria. México.
- Sipan Compañe Antonio (2001) Educar para la Diversidad del siglo XXI. Editorial Mira, España.
- Sheat, T. Bower A.(2000)Educación Especial. Enfoque Ecológico. Editorial Mc. Grawhill. México
- Shertzer B. y S.C. Stone (1972). Manual para asesoramiento psicológico (counseling). Edit. Paidós. Buenos Aires.
- Stassen Berger K.(2007). Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia. editorial medica panorámica. Madrid España.
- Strauss Alfred. (1936). Introducción al estudio de la Pedagogía Terapéutica. edit. Labor. Barcelona, Madrid.
- Torres González José Antonio (1999) Educación y Diversidad. Bases didácticas y organizativas. Ediciones Aljibe. Malaga,España.
- Torres Santomé, Julio (1998). "Elaboración de unidades didácticas integrales" en Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado, Madrid: Morata.
- Trilla J. (Coord.)(2007). El legado Pedagógico: Del siglo XX para la escuela del siglo XXI. Edit. Grao. Barcelona
- Velaz de Medrano Pilar.(1998) Modelos de Intervención Psicopedagógica. Editorial eos.
- Velaz de Medrano Ureta Consuelo (1998).Orientación e intervención Psicopedagógica, concepto, modelos, programas y evaluación. Editorial Aljibe .Málaga, España.
- Zapata Oscar (1998). La Psicomotricidad y el niño, etapa maternal y preescolar. Trillas, México D.F.

## **CIBERGRAFÍA**

- Aguilar A. Mario, Bize B. Rebeca.(1998) La pedagogía de la diversidad: Una propuestas de inspiración humanista. Disponible en: <http://idd00qaa.eresmas.net/noviolenca/pedagogia.pdf>
- American Cancer Society(2013). Cancer Facts y Figures. Atlanta, Ga. Pdf. Disponible en: [www.cancer.org/espanol](http://www.cancer.org/espanol)
- Clara Lapeña. (2013) Maestra de Educación Infantil. Importancia del juego en los niños. disponible en [Educapeques.com](http://Educapeques.com):
- Enfermedades: Leucemia. EL mundo.es 2009. Madrid. Unidad Editorial, Revistas disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/leucemia>
- ESMAS. Derechos Reservados © Comercio Mas, S.A. de C.V. 2004. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/cronicas/371306.html>
- Evaluación educativa: una aproximación conceptual Prof. Nydia Elola lic. Lilia v. Toranzos buenos aires julio 2000 disponible en [www.oei.es/calidad2/luis2.pdf](http://www.oei.es/calidad2/luis2.pdf)
- Feroso Paciano Estebanez (2003). ¿Pedagogía social o ciencia de la educación? Revista interuniversitaria nº10 segunda edición. PDF. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Fonssati Marza, R. y Benavent Oltra, J. (1998): El modelo clínico y la entrevista. En R. Bisquerra Alzina: **Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica.** Barcelona: Praxis disponible en:<http://tecnologiaedu.us.es/formate/curso/modulo7/clinico.htm>)
- L.A. José Alberto Sánchez López, Auxiliar del Centro de Información, en el marco de implementación del Programa Institucional de Fomento a la Lectura. Octubre 2013. Guía para realizar una investigación documental. Centro de información instituto tecnológico superior de Escárcega, Escárcega Campeche, Editado para fines educativos por

<http://itsescarcega.edu.mx/cinformacion/wpcontent/uploads/2013/10/Gu%C3%ADa-para-realizar-una-investigaci%C3%B3n-documental.pdf>)

- Rosen Leo y Rosen Gloria.(2013) The American Cancer Society edit. American Cancer Society,.Cancer.org. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemiaenninos/guiadetallada/leucemia-en-ninos-early-diagnosis>
- Sarasua Sol. Ser Counselor Facilita El Cambio. 1° portal de información, difusión y promoción del counseling en argentina.2013. Disponible en: <http://www.sercounselor.com.ar/home/bienvenidos>
- Sociedad Interamericana del Counseling.2008. disponible en: [http://www.counselingamericas.org/sic\\_que.php](http://www.counselingamericas.org/sic_que.php)
- Sep.2014.Secretaria de Educación Pública. México Df. disponible en : [http://www2.sepdf.gob.mx/que\\_hacemos/especial.jsp](http://www2.sepdf.gob.mx/que_hacemos/especial.jsp)
- Técnicas de investigación de la Unam. [http://profesores.fib.unam.mx/jlfl/Seminario\\_IEE/tecnicas.pdf](http://profesores.fib.unam.mx/jlfl/Seminario_IEE/tecnicas.pdf))