



SEP
SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
PÚBLICA



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

LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL NIÑO EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:
KAREN ROSALES MARTÍNEZ

ASESOR:
LIC. ESTEBAN CORTÉS SOLÍS

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2019.

Agradecimientos

A mis padres: Por su apoyo incondicional, por su amor, por su paciencia, por su comprensión y motivación, por sus enseñanzas; que me han convertido en la persona que soy ahora, pero sobre todo por el gran esfuerzo que hicieron al darme incluso más de lo que podían, sin ustedes no lo hubiera logrado, POR TODO ; Infinitas gracias! ...

A mi hermano: por ser un apoyo incondicional y mi más grande motivación en la vida...

A mis amigos y familiares, que me apoyaron en todo momento, me motivaron y estuvieron para mi incondicionalmente...

A los alumnos y padres del Hospital Infantil de México Federico Gómez: por permitirme formar parte de sus vidas en determinado momento, por enseñarme el valor de las cosas, a ser fuerte y valiente, perseverante y sobre todo a no rendirme nunca por más difícil que puedan ser las situaciones de la vida.

A los que aún están en la lucha y a los que tuvieron que partir. ¡Por ustedes y Para ustedes! ¡Con todo mi cariño!

A la Universidad Pedagógica Nacional Ajusco: por abrirme sus puertas durante cuanto años de mi vida, por permitirme conocer excelentes profesores que contribuyeron con sus grandes conocimientos a mi vida y a mi formación académica. Entre ellos mi asesor de tesis, un excelente profesor y persona, que fue pieza fundamental en éste proceso que sin su guía y conocimientos no hubiera sido posible.

Por darme la oportunidad de conocer infinidad de compañeros y personas que me dejaron grandes enseñanzas, aquí conocí grandes amigos que me apoyaron en los momentos más difíciles y que sin duda fueron elementales en éste logro, gracias por darme la oportunidad de forjar una gran amistad con ustedes que estoy segura, prevalecerá en el tiempo.

*Por EDUCARME Y TRANSFORMARME en todos los sentidos de mi vida y hacerme comprender el verdadero significado de su lema: **¡Educar para transformar! Y el gran cambio que se puede generar en la educación en México y porque no ... en el mundo.***

A todos ustedes, con cariño.

Karen Rosales Martínez.

Índice

Capítulo 1: La Orientación Educativa	1
1.1 Conceptos de orientación	1
1.2 Orientación Psicopedagógica	3
1.3 Ámbitos de Intervención de la Orientación Educativa	5
1.3.1 Orientación Vocacional	5
1.3.2 Orientación Escolar o de Aprendizaje	6
1.3.3 Orientación de la Personalidad y Desarrollo Socio-afectivo	8
1.4 Modelos de Intervención Psicopedagógica en Orientación	9
1.4.1 Concepto de Modelo	9
1.4.2 Concepto de Intervención.....	9
1.4.3 La Intervención Psicopedagógica	9
1.4.4 Modelo por programas	12
1.4.5 Modelo de Servicios	13
1.4.6 Modelo de Consejería o <i>Counseling</i>	14
1.4.7 Distinción entre consejo, orientación y psicoterapia	16
1.4.8 Modelo Tecnológico	17
1.5 Enfoques de la Orientación Educativa	19
1.5.1 Enfoque de Rasgos y Factores	19
1.5.2 Enfoque Psicoanalítico	21
1.5.3 Enfoque Rogeriano	22
1.5.4 Concepto de sí mismo	22
1.5.5 Autorrealización	23
1.5.6 Enfoque Evolutivo	24
1.5.7 Enfoque Conductual Cognitivo	25
1.5.8 Conductismo	26
1.5.9 Cognitivismo.....	26

Capítulo 2: La Pedagogía Hospitalaria.....29

2.1 Referentes Teóricos	29
2.1.1 Concepto de Pedagogía Hospitalaria	32
2.2 El Pedagogo Hospitalario	34
2.3 Aula Hospitalaria	36
2.4 La Pedagogía Hospitalaria en México	39
2.4.1 Antecedentes	39
2.4.2 Funcionamiento	41
2.4.3 Contexto Hospitalario: Hospital Infantil de México Federico Gómez.	43

Capítulo 3: La Educación Emocional y las situaciones emocionales en el contexto hospitalario47

3.1 La Educación Emocional	47
3.1.1 Objetivos	49
3.2 Inteligencia Emocional	50
3.3 Inteligencias Múltiples	51
3.3.1 Inteligencia Musical	52
3.3.2 Inteligencia Cinético- Corporal	52
3.3.3 Inteligencia Lógico-matemática	53
3.3.4 Inteligencia Lingüística	53
3.3.5 Inteligencia Espacial	53
3.3.6 Inteligencia Naturalista	53
3.3.7 Inteligencia Interpersonal	53
3.3.8 Inteligencia Intrapersonal	54
3.4 Emociones asociadas a la enfermedad	55
3.4.1 Estrés	56
3.4.2 Depresión	57
3.4.3 Ansiedad	58
3.4.4 Dolor	58
3.4.5 Ira	58
3.4.6 Resiliencia	59
3.5 La importancia de la Educación Emocional en el proceso de aprendizaje .	60

3.5.1 Tabla de afectaciones de los trastornos neurológicos	61
3.5.2 Trastornos emocionales en los distintos actores que convergen en el contexto hospitalario	61

Capítulo 4. Infancia y Familia63

4.1 La Infancia	63
4.2 Características de la etapa de la infancia	64
4.2.1 Etapa sensorio motora (0-2 años)	64
4.2.2 Etapa pre operacional (2-7 años)	65
4.2.3 Etapa de operaciones concretas (7-12 años)	65
4.2.4 Etapa de operaciones formales (12- en adelante)	65
4.3 Cambios Físicos	66
4.4 La Familia	66
4.4.1 Concepto	66
4.4.2 Tipos de familia	68
4.4.3 La familia frente a la enfermedad	68
4.4.4 Fase de crisis	72
4.4.5 Fase crónica	72
4.4.6 Fase terminal	73
4.4.7 La influencia de la familia en el proceso de aprendizaje	73

Capítulo 5. Taller de Juego y Arte como apoyo al manejo de las emociones y la construcción de aprendizajes de los niños y niñas en condición hospitalaria, así como a la familia que los acompaña75

5.1 ¿Qué es un Taller Educativo?	76
5.2 El Juego Educativo	79
5.3 La Arteterapia	81
5.4 Descripción del Taller	84
5.5 Problemáticas y necesidades detectadas	84
5.5.1 Tabla de datos generales	85
5.5.2 Objetivos	87
5. 6 Contenidos	87

5.7 Secuencia Didáctica	89
5.8 Seguimiento del taller	97
Conclusiones	98
Bibliografía	102
Anexos	105

Introducción

A través del tiempo surgen nuevas necesidades educativas que exigen la atención y creación de planes de estudio, estrategias, métodos y programas adecuados y actualizados que puedan hacer frente a las necesidades de los alumnos, además de contribuir al desarrollo integral potenciando sus capacidades, con el fin de lograr formar un individuo capaz de desenvolverse de manera eficaz en un contexto determinado.

En el contexto hospitalario las necesidades educativas especiales que se presentan crean mucha especulación en cuanto al uso de un método específico que debe utilizarse con los alumnos de las aulas hospitalarias, ya que no sólo se debe atender lo escolar, sino también la parte médica que resulta prioritaria y la esfera emocional del alumno así como de sus familiares que lo acompañan en el proceso del tratamiento.

Actualmente la Pedagogía Hospitalaria en México ha presentado grandes avances en cuanto a la creación de programas educativos formales que atienden estas necesidades particulares de los alumnos en condición hospitalaria, con el fin de evitar el rezago educativo y el atraso escolar que se presenta a menudo en éste contexto.

Sin embargo, aún no se contempla totalmente la repercusión que tiene el proceso de hospitalización en los alumnos, se prioriza el aspecto escolar, pero en la mayoría de los casos, la hospitalización hace que el alumno presente diversas afectaciones emocionales que repercuten de manera significativa en su proceso de aprendizaje.

Emociones como el estrés, el miedo, la incertidumbre, la constante depresión por la situación de salud, en algunos casos; las pérdidas circunstanciales y la muerte, pueden repercutir directamente en el aprovechamiento escolar de los niños. La familia de igual forma resulta afectada durante el proceso, es importante considerar la influencia de la familia en el alumno ya que se considerada el pilar fundamental dentro de la sociedad y dentro del proceso de enfermedad.

Regularmente los tratamientos de la enfermedad causan un daño irreversible a los alumnos y a la familia, afectan de manera directa el desarrollo integral de ambos y les impide reinsertarse de una manera óptima a su vida cotidiana, por ende, dificultando la reinserción educativa y el proceso de aprendizaje de los alumnos, que es uno de los principales objetivos del programa de pedagogía hospitalaria llevado a cabo en los hospitales.

La familia necesita crear una red de lazos emocionales que les permita apoyar al alumno de una mejor manera y poder sobrellevar la situación de enfermedad que ambos atraviesan. Ante ese conjunto de circunstancias surge mi interés por desarrollar esta investigación utilizando la *Educación Emocional* como herramienta que ayudará en el manejo adecuado de las emociones, así como las relaciones con los demás y con ellos mismos como sujetos.

La educación como un proceso interpersonal que conlleva emociones, resulta importante la necesidad de tomar conciencia de la presencia de éstas en cada momento de la vida y poder desarrollar habilidades emocionales para que puedan existir efectos positivos en el rendimiento académico y en la vida misma.

La intervención familiar es fundamental en el proceso de enfermedad del niño, es necesario que los padres puedan tener apertura emocional y favorecer con ello la manera de sobrellevar el proceso de enfermedad y su recuperación en un clima más afable para ellos y para el alumno, dada su condición educativa.

La Orientación Educativa se constituye en un factor importante para poder brindar a los familiares el acompañamiento y la intervención necesarios durante el proceso de enfermedad de los alumnos, en los hospitales existen áreas de trabajo social, psicología, etc., pero no existe una unidad de orientación escolar o familiar ni políticas de intervención por parte de un orientador educativo que asesore a los padres y pueda realizar el trabajo antes mencionado.

Es por esto que el objetivo general de mi investigación se convierte en proponer la creación de un espacio de aprendizaje y apoyo al manejo de las emociones de los alumnos en condición hospitalaria, así como a la familia que los acompaña por medio de un taller de estrategias didácticas y favorecer con ello el aprendizaje.

La investigación está conformada por cinco capítulos, los que se describirán a continuación de manera concreta.

En el primer capítulo, **La Orientación Educativa:** se desarrollan los principales conceptos de Orientación, las concepciones de distintos autores en la evolución del concepto, los ámbitos de intervención, los distintos enfoques y los modelos de Orientación, se pone énfasis en los conceptos, enfoques y modelos que se adecúan y pueden apoyar el desarrollo del alumno y de la familia en el contexto hospitalario.

En el segundo capítulo, **La Pedagogía Hospitalaria en México:** se realiza un breve recorrido histórico para entender la construcción del concepto y el ámbito de intervención de la Pedagogía Hospitalaria en la educación, se enfatizan las funciones del pedagogo hospitalario como agente educativo inmerso en este contexto, así como las funciones y características que debe cumplir el aula hospitalaria en el proceso de aprendizaje de los alumnos.

Se presenta un panorama general de los antecedentes de la pedagogía hospitalaria en México hasta llegar a la creación del programa actual Escuela de Innovación Pedagógica ¡Tu escuela en el hospital! Implementado en los hospitales de la Ciudad de México y el resto de los Estados de la República con la colaboración de dos sectores; el sector salud y el sector educativo. Además, se presenta una breve descripción del contexto hospitalario en dónde se desarrolló ésta investigación; el Hospital Infantil de México Federico Gómez, los principales padecimientos que se tratan y las aulas hospitalarias en funcionamiento.

En el tercer capítulo, **La Educación Emocional y las situaciones emocionales en el contexto hospitalario,** se desarrolla el concepto de *Educación Emocional* así como sus objetivos y la importancia de tomar en cuenta la dimensión emocional de los alumnos con el fin de que puedan desarrollar una inteligencia emocional eficaz para afrontar las situaciones a las que se encuentran expuestos durante el tratamiento de la enfermedad.

Se hace alusión a las principales emociones negativas que suelen presentar los alumnos y sus familias durante en proceso de hospitalización, con base en la investigación que se realizó en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, la

importancia de la *Educación Emocional* en el proceso de aprendizaje debido a los trastornos neurológicos y de aprendizaje que suelen presentar los alumnos, así como las afectaciones emocionales que atraviesan los distintos grupos que convergen dentro de éste contexto (familia, alumnos, escuela y docentes).

En el capítulo cuatro, **Infancia y Familia**: se hace referencia a una de las etapas del desarrollo humano; la infancia, al ser éste sector de la población con quién se realizó esta investigación, se presentan sus principales etapas de desarrollo, sus características, las etapas de aprendizaje y desarrollo. Al tratar el tema de la infancia, no se puede separar a la familia que es el pilar fundamental en la sociedad dónde se desenvuelve el alumno, se habla del concepto de familia y los tipos que existen, el papel que toma frente a la enfermedad de sus hijos y la importancia que tienen dentro del proceso de aprendizaje de los alumnos.

En el capítulo cinco, **Taller de juego y arte como apoyo al manejo de las emociones y la construcción de aprendizajes de los niños y niñas en condición hospitalaria así como a la familia que los acompaña**, se presenta qué es el taller educativo, algunas definiciones de distintos autores y los principales aspectos que se deben tomar en cuenta para su desarrollo, además del desarrollo de los conceptos: arte terapia y juego educativo para resaltar la importancia de utilizarlos como alternativas lúdicas para el desarrollo óptimo de los alumnos en dicho taller.

Se hace referencia a las necesidades educativas especiales detectadas con el instrumento diagnóstico utilizado, la justificación del taller, así como la descripción; objetivos a corto, mediano y largo plazo, la estructuración de éste en sesiones, contenidos y tiempo, junto con la secuencia didáctica pertinente.

CAPÍTULO 1. LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA

1.1 Conceptos de orientación

El concepto de orientación ha tenido una evolución al paso de los años, se ha reconstruido y enriquecido conforme van surgiendo nuevas necesidades en el ámbito educativo que tienen que ser atendidas desde la orientación.

La orientación se considera una ciencia práctica que versa sobre la práctica- es de y para la práctica- y se construye en y desde la práctica, en la actividad conjunta del orientador y el orientado. La acción resulta, entonces, lo determinante en una teoría de la orientación educativa que implica un enfoque científico y una metodología específica. (Gordillo, p. 63).

En sus orígenes, la orientación se enfocaba en lo vocacional, más tarde se adentró en el contexto educativo, centrándose en lo clínico y lo individual.

En los años cincuenta y setenta se comenzó a gestar una intervención y orientación grupal para todos desplazando el modelo clínico e individual, retomando los principios de prevención y desarrollo.

En los ochenta se enfatizó el modelo de consulta (*counseling*) mientras que en la década de los noventa y hasta la actualidad se propone una intervención por programas comprensivos.

La orientación en términos generales y de acuerdo a la percepción de diversos autores engloba el término de ayuda, sin embargo, los conceptos que manejan dependían de la postura en la que se encontraban.

A continuación, se presentan algunos conceptos que resultaron más sólidos y que coinciden entre ellos en el concepto de Orientación.

Zerán, (1961) menciona que la orientación es el proceso de ayuda al individuo para conocerse a sí mismo y a la sociedad en la que vive, a fin de que pueda lograr su máxima ordenación.

Para Kelly, orientación educativa puede decirse que es la fase del proceso educativo que “consiste en el cálculo de las capacidades, intereses y necesidades del individuo para aconsejarle acerca de sus problemas, asistirle en su formulación de planes para aprovechar al máximo sus facultades y ayudarle

a tomar decisiones, además de realizar las adaptaciones que sirvan para promover su bienestar en la escuela, en la vida y en la eternidad, la orientación no puede ser un aspecto independiente de la educación” (Kelly, 1961, p. 442).

De acuerdo con este autor la Orientación Educativa debe considerarse como un término globalizador que tiene otros fines como la orientación escolar, la orientación profesional, familiar y social.

Por otro lado, María Luisa Rodríguez menciona que: “orientar es guiar, conducir, indicar de manera procesal para ayudar a las personas a conocerse a sí mismas y al mundo que las rodea: es auxiliar a un individuo a clarificar la esencia de su vida”. (Rodríguez, 1986, p.3).

Esta autora divide las definiciones que estudian a la orientación como concepto (ayuda) y como constructo (proporcionar experiencias para que las personas se conozcan a sí mismas).

Los dos enfoques clásicos de la orientación han sido los psicoterapéuticos y los profesionales, la orientación psicoterapéutica se centra en la persona mientras que el profesional se ubica totalmente en el contexto escolar.

Para Bisquerra (1996) la orientación resulta ser:

Un proceso de ayuda continua a todas las personas, en todos sus aspectos, tiene el objeto de potenciar la prevención y el desarrollo humano a lo largo de toda la vida. Esta ayuda se realiza por medio de programas de intervención psicopedagógica basados en los principios científicos y filosóficos. (Bisquerra, 1996, p.152).

A partir de estos conceptos, se derivan diferentes funciones que debe cumplir la orientación en los diferentes ámbitos de intervención:

La orientación en la educación, se inserta en las tareas curriculares y confía al maestro el proporcionar la ayuda que el educando necesita.

La orientación como guía de elección profesional, prepara a los jóvenes para su inserción en el mundo de trabajo para que puedan desempeñar una profesión basándose en estudios, generalmente grupales acerca de sus aptitudes y preferencias.

La orientación adaptativa o centrada en el problema, descubre la problemática que enfrentan los sujetos que los hace susceptibles y define qué tipo de orientación requieren.

La orientación como consejo u orientación personalizada, es de tipo individual y se pone énfasis en el *counseling*, utiliza tests psicológicos y diagnosis analíticas para detectar y eliminar los problemas.

La orientación como sistema o conjunto de servicios requiere el trabajo de un equipo de especialistas que intentan el estudio de una persona para ofrecerle apoyo a su peculiar necesidad.

La orientación para el desarrollo, es de tipo preventivo y evolutivo, enfatiza la planificación educativa para el aprendizaje.

La orientación como educación psicológica, se inspira en William James, intenta conseguir la socialización y la salud mental, interviene indirectamente en instituciones asesorando a directivos.

Aunque el concepto ha ido evolucionando al paso del tiempo, los conceptos manejados por éstos autores se han convertido en la base sólida que sustenta la definición del concepto de orientación.

Se entiende a la orientación entonces como: un proceso de ayuda y acción continúa dirigido a todas las personas con el objetivo de prevenir situaciones conflictivas que el sujeto pueda llegar a vivir o bien prepararlo para que sea capaz de confrontar las consecuencias, además de lograr y potenciar el desarrollo integral de éste a lo largo de su vida.

1.2 Orientación Psicopedagógica

Como se ha mencionado anteriormente, hasta los años ochenta el análisis del término orientación se concibe como una intervención individual, directa y con un carácter fundamentalmente terapéutico y remedial, en dónde el diagnóstico del sujeto era la clave para conseguir la adaptación a la situación o a las demandas de la educación y profesión.

Como señalan Álvarez (1996) y Bisquerra (1998) es inevitable que el término de orientación tenga que ser redefinido acorde al surgimiento de nuevas

necesidades, desde hace un par de décadas se comienza a articular una concepción de la orientación más moderna que ha evolucionado hasta tiempos actuales.

Actualmente ha sido muy nombrado el término de orientación psicopedagógica, ha sido cuestionado debido a que engloba dos términos distintos como la psicología y la pedagogía, sin embargo, se vincula a los principales objetivos de la orientación que se han manejado desde hace tiempo como; el desarrollo de la personalidad, la adaptación del individuo a su contexto y a sí mismo, conseguir un aprendizaje óptimo y lograr el desarrollo integral del sujeto, por mencionar algunas.

Como uno de los principales objetivos de la orientación es la adaptación del individuo al contexto, en este caso, el hospital; se requiere la intervención de un agente educativo que pueda ayudar a los alumnos y a los padres a poder adaptarse a este nuevo contexto, al momento del diagnóstico de la enfermedad crónica ambos se enfrentan a una situación totalmente desconocida, por lo que requieren el apoyo adecuado para evitar posibles conflictos emocionales o situaciones desagradables durante el proceso.

Martínez (2000), define la orientación psicopedagógica como: “un proceso de acción continuo, dinámico, integral e integrador, dirigido a todas las personas en todos los ámbitos, facetas y contextos a lo largo de todo el ciclo vital, y con un carácter fundamentalmente social y educativo.” (Martínez,2000, p.24).

La orientación psicopedagógica se convierte en un proceso continuo y dinámico ya que se considera a la persona como un agente activo de su proceso y no como objeto de acción. El orientador debe interactuar con la persona y facilitar la transformación o cambio de su contexto o realidad, se le considera un agente de cambio capaz de crear conocimientos y acciones a partir de su experiencia.

La orientación psicopedagógica es para todos, ya que se define como; un proceso grupal, colectivo, proactivo, es decir, que tiene la capacidad de problemas o situaciones de conflicto futuras además de que en algún momento llega a adquirir un carácter terapéutico, se brinda en todos los contextos, marcos y escenarios en que se inserta la persona y desarrolla distintos aprendizajes desde una perspectiva colaborativa.

El proceso de orientación debe ser considerado como un proceso de aprendizaje ya que requiere ser planificado, sistemático, y secuenciado, se atiende la dimensión preventiva, formativa y colectiva dando pie a que pueda utilizarse una variedad de técnicas y estrategias para centrarse en la adquisición de habilidades y competencias que permitan la comprensión de factores de la conducta propia y ajena, así como la posibilidad de generar mecanismos adecuados de autocontrol y regulación personal.

1.3 Ámbitos de intervención de la orientación educativa

1.3.1 Orientación Vocacional

La Orientación Vocacional/profesional es uno de los principales ámbitos de intervención de la orientación educativa, su meta principal es ayudar a los jóvenes a encontrar un lugar en el mundo de las profesiones mediante la realización de intervenciones orientadoras que puedan permitir al sujeto un conocimiento adecuado de sus posibilidades: forma de ser, capacidades e intereses y un mejor conocimiento del mundo laboral: los requerimientos de la profesión, condiciones y oportunidades laborales.

Se puede decir que la orientación vocacional evoluciona entonces en dos direcciones.

Por una parte, se entiende que la orientación vocacional parte hacia una forma de intervención más individualizada lo que se hace llamar “*vocational counseling*” centrada en la persona que tiene que manejar su vida y que puede llegar a experimentar dificultades para entender tanto las variables personales como las situaciones que le conciernen como individuo.

Como menciona Eisenberg (1977):

Uno de los aspectos más importantes del proceso del *counseling* es el de ayudar a la gente respecto a su futuro profesional. En la actualidad las actuaciones del consejero van destinadas a ayudar al cliente a conseguir un futuro más deseable para el mismo. Desde la perspectiva del desarrollo fin último del proceso del *counseling* es que cada individuo adquiera aquellas destrezas y habilidades necesarias para manejar su

destino cada una de ellas puede ser contemplada como una meta potencial del *counseling* (Eisenberg, 1977, p.18).

En el inicio de la década de los setenta, en el campo de lo vocacional se pone énfasis en el concepto de “**carrera**” concepto que se toma como factor globalizador que considera todos los aspectos del proceso de desarrollo del sujeto en sus relaciones con el entorno, englobando la totalidad de las facetas de la vida (profesión, familia, educación, relaciones sociales, ocio) todos estos aspectos deben incluirse en el ámbito de intervención de la orientación, ya que ésta tiene la meta de ayudar a las personas a que conciban, elaboren y ejecuten su proyecto de vida.

1.3.2 Orientación escolar o de aprendizaje

La orientación escolar puede ser definida como “la adecuación de los individuos a las exigencias de los diferentes programas educativos, la adecuación así mismo de los programas a las peculiaridades de los sujetos, y a la constante atención para que los alumnos puedan lograr un rendimiento académico óptimo a lo largo de todo su desarrollo escolar” (Pérez Boullosa, 1986).

El aprendizaje curricular es una actividad cotidiana que pretende modificar lo que le rodea.

La intervención orientadora en los procesos de aprendizaje se ha centrado en un aspecto: los trastornos/fracasos escolares, la causa social más importante del desarrollo de la orientación educativa.

El área de intervención que ha conformado los trastornos del proceso de aprendizaje, ha generado una amplia investigación acerca de los factores que influyen en la fase de rendimiento académico y las causas que detonan los trastornos, así como las consecuencias que pueden derivarse de éstas y que pueden llegar a influir en los procesos de aprendizaje.

En el caso de los factores de rendimiento académico se han considerado variables individuales como factores personales, alguna situación complicada por la que atraviesa el educando o factores ambientales, es decir, alguna situación en el contexto dónde se desenvuelve.

Una meta necesaria en cuanto a éste ámbito de intervención es la optimización de los procesos de aprendizaje y su adecuación a los contextos en que se producen.

Otra área que resulta importante en este proceso es la orientación para las actuaciones compensadoras de situaciones y contextos educativos específicos, se enfatizan los procesos de aprendizaje condicionados por situaciones sociales de desventaja.

Se vuelve prioridad la integración escolar de los alumnos con necesidades educativas especiales, se ha tenido una marcada repercusión de la acción orientadora ya que se plantea la necesidad de nuevas estrategias de orientación para la adecuación de procesos de aprendizaje institucional a situaciones de desigualdad y desventaja.

Esta exigencia se traduce en la ampliación del ámbito de intervención de la orientación respecto a las instituciones educativas y no educativas es decir, asociaciones y entorno social, que son parte de la realidad de esta intervención orientadora, por ejemplo; el hospital.

El proceso de aprendizaje resulta estrictamente ligado a lo curricular-disciplinar desde una perspectiva teórica, sin embargo, la orientación educativa trasciende estas limitaciones y se presenta como un tipo de intervención pedagógica que se dirige a la globalidad de los procesos.

“La orientación intenta proporcionar conocimiento de sí mismo y del mundo para que se pueda vivir con la mayor felicidad posible”. (García Hoz, 1982).

Éste ámbito de la orientación resulta de gran importancia en la intervención dentro del hospital, el currículo y las planeaciones diarias de los docentes deben adecuarse a las necesidades que presenten los alumnos en dicho momento, ya que son cambiantes durante el proceso de hospitalización.

Regularmente el docente realiza modificaciones al currículo que se le brinda como guía para la intervención, pero no contempla los posibles trastornos de aprendizaje que presentan los alumnos derivados de su enfermedad crónica, las modificaciones realizadas resultan inadecuadas para las necesidades reales que se presentan dentro del proceso educativo.

Es indispensable que el docente contemple éste ámbito para realizar las modificaciones de una manera óptima cubriendo las necesidades educativas en su totalidad, evitando que los trastornos se agudicen y descartando la posibilidad de un fracaso escolar.

1.3.3 Orientación de la personalidad y desarrollo socio-afectivo

Este ámbito de intervención tiene que ver con el desarrollo y ajuste de la personalidad, las necesidades afectivas, las motivaciones, los conflictos y problemas en el contexto social.

Uno de los objetivos de este ámbito es lograr un desarrollo afectivo ideal, lo cual ayuda al individuo a que pueda tener una adaptación y participación social satisfactoria para él mismo y en el grupo o contexto en el que se interactúa.

En la práctica las instituciones educativas han dejado pasar desapercibidos estos objetivos educativos, convirtiéndolos en metas educativas secundarias restándoles importancia.

Por lo regular la institución educativa simula una intervención en el ámbito de la afectividad mediante la orientación brindada en los problemas y conflictos que surgen en los alumnos durante su etapa subjetivada en funciones y roles de pautas de comportamiento.

Los prejuicios en los contextos sociales suelen influir en los individuos para acusar a los más “débiles” de ser quiénes padecen los trastornos, la mayoría de las ocasiones son discriminados por la sociedad e incluso por el sistema educativo.

En el contexto hospitalario se rompen estos prejuicios, ya que éstos trastornos resultan ser comunes para las personas, es evidente que los alumnos que tienen un problema en cuanto a conductas, actitudes y aspectos escolares se deriva de la enfermedad que padecen y los conflictos emocionales por los que están atravesando.

Lo ideal en este tipo de situaciones es llevar a cabo la intervención orientadora como una intervención remedial terapéutica respecto a éstos problemas, sin embargo pueden presentarse dificultades en el proceso, por ejemplo; el docente hospitalario algunas veces carece de la formación adecuada para tratar aspectos

relacionados con el desarrollo y ajuste de la personalidad, así como la dificultad de la propia educación afectiva que no solo se trata de contenidos y técnicas, el docente educa con sus propias actitudes y su forma de ser y es una dimensión personal que no puede pasar desapercibida.

Esta intervención orientadora debe apoyar al alumno, a la institución escolar y a la familia para lograr la consecución de sus objetivos afectivo-sociales, desarrollo de la personalidad, ayudando a tener una conducta adecuada con la que puedan sentirse satisfechos en lo personal, así como en la sociedad.

1.4 Modelos de intervención psicopedagógica en orientación

1.4.1 Concepto de modelo

Los modelos son considerados como construcciones a medio camino entre la teoría y la realidad.

“El modelo es una representación simplificada del objeto al que se refiere. Para ello debe acotar y circunscribir de alguna manera dicho objeto. Debiendo justificar a la vez el estado de esta parcela de la realidad como merecedora de análisis, aunque sin que se pueda desconectar de la totalidad a la que pertenece” (Escudero,1982, p.115).

1.4.2 Concepto de intervención

Intervenir es una introducción, interposición, con la intención de modificar o inferir con el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada, Sánchez Vidal (1996) menciona que la intervención “es un proceso intencional de inferencia o influencia que persigue el cambio.” (Vidal, 1996).

Intervenir es sinónimo de “entrar”, participar de forma cooperativa para ayudarle al individuo a planificar y conseguir sus objetivos de vida. Se interviene con las personas para propiciar aprendizajes conductuales, emocionales y educativos.

1.4.3 La Intervención Psicopedagógica

La intervención psicopedagógica ha sido denominada de distintas maneras; intervención psicoeducativa, pedagógica y psicológica (Correa, 1995). La

polisemia de éstas definiciones refleja una cierta complejidad y amplitud del término.

Álvarez y Bisquerra (1998) conceptualizan la intervención psicopedagógica desde el ámbito educativo. Para estos autores, la intervención es:

Un proceso especializado de ayuda que en gran medida coincide con la práctica de la orientación. Se propone concretar o implementar la enseñanza habitual, se lleva a cabo por un profesional especializado, intenta involucrar a profesionales, padres y a la comunidad, tiene un propósito correctivo de prevención (Álvarez y Bisquerra, 1998, p.16).

Por otro lado, Bautista (1992) define la intervención psicopedagógica en los centros educativos como:

Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas, y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros para que la enseñanza y la educación que en ellos se imparte esté adaptada a las necesidades de los alumnos y de la sociedad en general” (Bautista,1992, p.22).

La intervención debe aplicarse en distintos ámbitos como; el sanitario, el social y el familiar.

Con base en las definiciones anteriores se puede conceptualizar a la intervención psicopedagógica cómo: el proceso de optimización y transformación social de la realidad, que se realiza a través de una acción sistemática, contextualizada y planificada que tiene como finalidad atender a las necesidades de los demandantes de la propia intervención, debe ser un proceso de evaluación permanente.

Toda orientación psicopedagógica conlleva una intervención y una acción, por lo que ambos conceptos pueden unirse en lo que se ha denominado *orientación psicopedagógica*.

Resulta importante hacer hincapié que la intervención psicopedagógica como uno de sus fines propone atender las necesidades de sus demandantes, esto

debe incluir la atención a la diversidad y las necesidades educativas especiales que se derivan de ésta, estas necesidades pueden tener un origen muy diverso, ya sea físico, psicológico o social por lo que se deben planificar medidas curriculares, organizativas y sociales.

Álvarez y Soler (1996) proponen que las medidas consistan en lo siguiente:

Medidas curriculares: Hacen referencia a la toma de decisiones del currículum, a las adaptaciones, la optatividad, opcionalidad, a la diversificación y a la acción tutorial.

Medidas organizativas: Se refiere a los refuerzos, agrupamientos, promoción y apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales.

Medidas sociales: Medidas óptimas y eficaces para ayudar al alumno a la integración en el contexto dónde interactúa.

“Se debe tomar en cuenta los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje, experiencias, conocimientos, motivación, ajuste personal y social, expectativas y actitudes donde la orientación psicopedagógica tiene un amplio campo de acción” (Martínez, 2000, p.59).

Es importante diferenciar entre la atención y el tratamiento de las necesidades educativas especiales.

Bisquerra (1992) menciona que la atención supone tener en consideración las características especiales en el momento de planificar y aplicar programas de orientación mientras que el tratamiento implica una atención individualizada durante un periodo de tiempo largo.

El tratamiento de las necesidades educativas especiales excede el ámbito de la orientación, sin embargo, la realidad social y legal hacen que el orientador se vea involucrado en la atención de éstas.

En este caso el orientador que interviene de forma directa con el alumno, tiene que centrar su intervención en:

- ✓ La integración social y escolar del alumno en el contexto educativo.
- ✓ Participación y coordinación en los programas y planes de intervención.

- ✓ Colaboración con los equipos multidisciplinares implicados en el tratamiento del alumno.

La orientación asume un amplio marco de intervención, los modelos se han ido configurando a lo largo de la evolución de la orientación, a continuación, se mencionan las conceptualizaciones de distintos modelos de intervención.

1.4.4 Modelo por programas

El origen del modelo por programas se liga a las limitaciones observadas en modelos precedentes en el tiempo, el *counseling* y el modelo de servicios, y surge a partir de la necesidad de dar respuesta a las exigencias de una orientación dirigida a todos los alumnos y de la intervención orientadora en el contexto escolar.

Los inicios de este modelo se sitúan a comienzos de los años setenta en Estados Unidos, donde esta intervención por programas integrados y comprensivos tiene un gran auge.

Para tener mayor claridad acerca de este modelo por programas es necesario conocer el concepto de este.

Un programa según el Diccionario de Ciencias de la Educación de Santillana (1983,1141) es un “proyecto que expone el conjunto de actuaciones que se desea emprender para alcanzar unos determinados y explícitos objetivos”.

De acuerdo con distintos autores a continuación se presentan diferentes definiciones de “programas de orientación”:

Morrill (1980) “Es una experiencia de aprendizaje planificada para satisfacer necesidades de los estudiantes” (Morrill,1980, p.332).

“Es un plan o sistema bajo el cual una acción está dirigida hacia la consecución de una meta” (Aubrey, 1982, p.53).

“Es la acción planificada y encaminada a lograr objetivos, para satisfacer necesidades” (Bisquerra, 1992, p.18).

“Actividad sistemática dirigida a una población para conseguir los objetivos educativos previstos” (Montane y Martinez,1994, p.83).

Las definiciones anteriores convergen en una serie de puntos clave para conceptualizar los programas de orientación: la intervención planificada en un determinado contexto y orientada a la consecución de objetivos con el fin de satisfacer necesidades concretas.

Al igual que el modelo de servicios el modelo de programas se orienta a la intervención directa grupal, pero en éste caso está dirigida a grupos más amplios de individuos y con un planteamiento más acorde al concepto de orientación, ya que a través de la elaboración de programas es posible tomar en consideración los principios de prevención, desarrollo e intervención social.

Algunas de las características de este programa son:

- ✓ Existe una intervención directa del orientador.
- ✓ Está dirigida a grupos amplios de sujetos.
- ✓ Es una intervención programada de manera intencional, sistemática y contextualizada.
- ✓ La evaluación acompaña esta intervención desde sus inicios.

Algunas ventajas son:

- ✓ Ayuda a establecer prioridades y a poder anticipar necesidades.
- ✓ Tiene posibilidades de evaluar y mejorar la intervención, promueve la reflexión crítica.
- ✓ La orientación alcanza a un mayor número de sujetos.
- ✓ Promueve el desarrollo de forma organizada y racional.
- ✓ Permite prever las necesidades de formación de los distintos sujetos.
- ✓ Estimula la participación y colaboración de profesores, tutores y padres.

Algunas dificultades de aplicación que presenta son:

- ✓ Insuficiente información y disponibilidad de los agentes de la orientación.
- ✓ Saturación de contenidos del currículo escolar.

1.4.5 Modelo de servicios

Éste modelo se vincula a las instituciones públicas, se caracteriza por una oferta diversa de servicios y prestaciones que existe en la mayoría de los campos

profesionales, su finalidad es atender a las disfunciones, carencias o necesidades que demandan por iniciativa propia la población.

El modelo de servicios se caracteriza por la intervención directa de un equipo o servicio sectorial especializado por un grupo reducido de sujetos.

Algunas características de este modelo son:

- ✓ Suelen ser de carácter público y social.
- ✓ Tienen una intervención directa.
- ✓ Se centran en las necesidades de los alumnos con dificultades y en situaciones de riesgo (carácter terapéutico y de resolución de problemas).
- ✓ Actúan sobre el problema y no sobre el contexto.
- ✓ Suelen estar ubicados fuera de los centros educativos.
- ✓ Su implantación es sectorial.
- ✓ Actúan por funciones más que por objetivos.

Éste modelo facilita información a los agentes educativos, ajustan a los alumnos en función de criterios externos definidos por el sistema, colaboran con el tutor, los profesores y los padres y conectan el centro con los servicios de la comunidad.

Los servicios tradicionales haciendo hincapié en los principios de prevención y desarrollo, prestan atención a todos los alumnos y no solo a grupos específicos, actualmente estas demandas siguen siendo las mismas, aunque se implementen nuevos modelos de servicios se sigue interviniendo por programas y muchas de estas demandas se han ido cumpliendo.

1.4.6 Modelo de consejería o *counseling*

Hasta 1931 solo se había utilizado el término “*Guidance*” para referirse a la orientación, pero Proctor, Benefield y Warnn introdujeron el término *counseling* para referirse al proceso psicopedagógico encaminado a ayudar al sujeto en la comprensión adecuada de la información vocacional en relación con sus propias actitudes, intereses y expectativas.

La situación del enfoque general de la orientación (*guidance*) por el enfoque de consejos y asesoramiento (*counseling*), respondió a un deseo de mayor especialización y eficacia por parte de los orientadores.

En el desarrollo de este modelo se incluyó el crecimiento de las teorías de la personalidad y de la salud mental durante los últimos cincuenta años.

En 1990 la orientación vocacional comenzó apoyándose en el modelo de la teoría de “rasgos y factores” dando pie a los servicios que adoptan el enfoque clínico con su secuencia de diagnóstico- consejo- seguimiento.

Éste modelo recibió un impulso con la publicación de la obra de Carl Rogers, *counseling and psycoterapy* 1942, con esta publicación el campo profesional de la orientación tuvo una gran ampliación.

Tyler (1942) define al orientador como un experto en la entrevista y no como un técnico en diagnóstico. Se pueden distinguir dos enfoques fundamentales en el *counseling*:

El vocacional → Contempla las aportaciones de la psicología diferencial y del diagnóstico brindado, la posibilidad de personalizar el proceso de orientación vocacional.

El terapéutico → Se identifica con la terapia centrada en el cliente (Bisquerra,1992, p. 216).

Las definiciones del modelo del *counseling* han sido variadas a través del tiempo, a continuación, se mencionan algunas que formulan diferentes autores:

“Es el proceso en el cual la estructura del yo se relaja en el medio de la relación con el terapeuta y se perciben experiencias previamente integradas que se visualizan en un yo modificado” (Rogers,1951).

“Es la intervención que se produce entre dos individuos llamados asesor y cliente, tiene lugar a un contexto profesional, se inicia y se mantiene como medio para facilitar que se produzcan ciertos cambios en la conducta del cliente. (Pepinsky y Pepinsky, 1954).

“Es una situación en la que el asesor ayuda al asesorado a elegir una línea de conducta y seguirla” (Miller, 1971, p.216).

“Proceso que implica relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más clientes, el primero emplea métodos psicológicos basados en el conocimiento

sistemático de la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de los segundos” (Peterson, 1978).

“Se centra en ayudar a un individuo a tomar consciencia de sí mismo y de todo lo que reacciona a la influencia que sobre su conducta ejerce su ambiente. Lo ayuda a establecer algún significado personal de ésta conducta a desarrollar y a clarificar un conjunto de metas y valores que orienten la conducta futura (Bloher, 1981).

En las definiciones de consejo pueden observarse ciertas características comunes cómo; la noción de que aconsejar tiene como principal objetivo ayudar a las personas a tomar decisiones y a comportarse en función de ellas.

La idea de que el consejo es un proceso de aprendizaje, se basa en que el consejo trata de lograr el desarrollo y perfeccionamiento de la personalidad y la clarificación de papeles o funciones de la persona.

El consejo denota una relación profesional entre un consejero formado y un cliente, esta relación generalmente tiene lugar de tú a tú, aunque a veces puede incluir a más de dos personas. Pretende ayudar a los clientes a entender y clarificar sus puntos de vista desde su espacio vital y aprender a alcanzar sus objetivos previstos mediante elecciones conscientes y bien documentadas, y mediante la resolución de problemas de naturaleza emocional o interpersonal. (Burks y Steffire, 1979).

1.4.7 Distinción entre consejo, orientación y psicoterapia

El consejo está mucho más próximo a la psicoterapia que a la orientación, la psicoterapia implica un compromiso más profundo con la personalidad del individuo, se ocupa de mejorar trastornos de conducta más graves y serios que el consejo, no suele aplicarse en contextos escolares.

La diferencia entre consejo y orientación resulta ser muy variada desde distintas percepciones, algunos autores consideran que el consejo es una técnica de la orientación, que son dos formas complementarias de una misma intervención denominada orientación.

Los principales enfoques teóricos del *counseling* se consideran en función de varios criterios; concepción de la personalidad, metas del consejo, técnicas principales, instrumentos de evaluación, historia del caso, diagnóstico y pronóstico, clientela y actividad del orientador.

Algunos problemas que presenta éste modelo es que la intervención directa e individual y su carácter remedial y terapéutico, resultan ser inadecuados si se vislumbra desde una concepción de la orientación basada en los principios de prevención, desarrollo e intervención comunitaria.

La demanda de atención personalizada de carácter terapéutico sigue existiendo, se entiende como una prolongación de la acción orientadora grupal que se afronta en colaboración dentro del contexto escolar, entre orientados, tutor, profesor y en su caso, con el equipo de sector y en otros contextos en el marco del equipo de atención comunitaria.

A pesar de las distintas definiciones del modelo del *counseling* dentro de la orientación educativa, en el contexto hospitalario surge la necesidad de utilizarlo de manera constante en la intervención directa que tiene el docente con los padres de familia, son ellos quiénes lo solicitan más que los propios alumnos, el docente se convierte inconscientemente en un terapeuta para ellos ya que le confían las situaciones conflictivas que están atravesando y toman de manera determinante los “consejos” y “recomendaciones” que el docente les brinda.

1.4.8 Modelo tecnológico

Algunos autores como Morrill (1974), Rodríguez (1986) y Espinar (1993) identificaron un sexto modelo de intervención, el modelo tecnológico que es considerado como complementario de otros modelos, especialmente del que enfatiza la figura del orientador como un consultor.

Éste modelo debe estar presente en el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la orientación aclarando dudas, resolviendo problemas, comentando la información y ayudando al sujeto en la reflexión y síntesis.

El uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación no constituye un modelo similar a los anteriores, es un recurso psicopedagógico

muy útil, ya que liberan al orientador de tareas formativas y le permiten centrarse en las de consulta.

Al entender este modelo como recurso psicopedagógico se puede definir como un mediador material de los aprendizajes y del desarrollo personal, académico y profesional de los destinatarios de la orientación.

Los sistemas multimedia y los programas de orientación asistidos por ordenadores facilitan ésta intervención psicopedagógica por programas, que constituyen otro tipo de tecnología, aunque no se asumen todas las funciones de la acción orientadora y no hay concienciación y formación por parte de los orientadores acerca de la función que desempeñan y la utilidad que estas tienen.

La tecnología informática es la que más se ha utilizado hasta el momento en la orientación.

El uso del ordenador en el campo de la orientación se ha limitado en el campo de la orientación vocacional en el marco de modelo de consulta y su desarrollo se ha producido para desarrollo de esta nueva tecnología.

El tipo de ayuda que el ordenador presta al proceso de consulta es la discusión de los instrumentos desarrollados.

Una persona o sujeto frente a un ordenador personal realiza las siguientes acciones orientación vocacional:

- ✓ Informarse sobre distintas ocupaciones posibles.
- ✓ Comparar programas educativos.
- ✓ Recabar información sobre becas y otras ayudas para su formación.
- ✓ Explora el campo de las opciones vocacionales.
- ✓ Determina si posee las habilidades requeridas para un área una ocupación.
- ✓ Averigua que ocupaciones se ajustan a sus intereses, estilo de vida, etc.
- ✓ Ayudarse en la toma de decisiones.
- ✓ Aprender estrategias de búsqueda de empleo.
- ✓ Reorientación en vida profesional.

1.5 Enfoques de la orientación educativa

1.5.1 Enfoque de rasgos y factores

En la psicología vocacional la teoría del rasgo psicológico es una de las más utilizadas, tanto por los principios usados en el proceso de asesoramiento como por el volumen e importancia de la investigación acumulada y la relación de ayuda a la utilización de los conocimientos psicológicos de la vida industrial y laboral.

La idea del ajuste entre las características personales (capacidades, intereses, personalidad, etc.) y las exigencias del mundo laboral (descripción del puesto del trabajo, actividad profesional, etc.) se caracteriza en éste enfoque del asesoramiento.

Las relaciones psicométricas permiten el estudio objetivo de las diferencias y el comportamiento humano, se estudian desde la aportación que supone la identificación de unidades comportamentales estables, homogéneas y de variación conjunta que se denominan “rasgos”.

Se habla de inteligencia, actitudes, aptitudes específicas, intereses o rasgos de personalidad, como dimensiones sobre las que se pueden establecer mediciones individuales y realizar comparaciones cuantitativas entre los individuos, grupos, o entre individuos y grupos.

El concepto clave de esta teoría es la posibilidad de referir la conducta en términos de unidades o dimensiones descriptivas estables, que varían de individuo a individuo y que en su conjunto caracterizan su individualidad, ésta teoría psicológica es considerada como rasgo- factor.

“Los rasgos nos son entidades internas ni factores causales, sino categorías descriptivas” (Anastasi, 1983, p.177).

De la revisión de distintos trabajos sobre la teoría del rasgo autores como Klein y Weiner (1977) concluyen que cada persona puede ser caracterizada según un conjunto de rasgos psicológicos que se miden con fiabilidad y validez.

Los puestos de trabajo exigen que los trabajadores posean ciertos rasgos y ciertos niveles para desempeñarlos satisfactoriamente. La mayor probabilidad

de éxito radica en la mejor adecuación entre las características individuales y las exigencias del trabajo.

Los rasgos como tales son aprendidos y modificables en la medida que se incorporan nuevos aprendizajes y experiencias.

La aplicación de la teoría de rasgos se encuentra en la obra de Parsons (1909) en la elección de una profesión actúan tres grandes factores:

- ✓ El conocimiento de sí mismo, sus aptitudes, intereses y ambiciones, recursos y limitaciones de las motivaciones del individuo.
- ✓ El conocimiento de las exigencias y requisitos necesarios para el éxito en el trabajo, las ventajas e inconvenientes, compensaciones, oportunidades y la prospectiva de las diferentes áreas laborales.
- ✓ La verdadera educación en la relación entre los dos hechos anteriores.

Éste enfoque se centra en los siguientes supuestos:

Necesidad de ayuda vocacional. El hombre no puede ser enteramente capaz de realizar todas sus potencialidades de un modo autónomo, sino que otras personas les ayuden a alcanzar el pleno desarrollo de sus capacidades.

Propósito de la ayuda. Es ayudar al individuo mediante aproximaciones sucesivas para que logre la auto comprensión y la autodirección, ayudándole a evaluar sus aspectos positivos y negativos con relación a las exigencias de metas vitales que cambian con el transcurso del tiempo a medida con la que avanza su carrera.

Alcanzar la autonomía funcional. Es la meta del asesoramiento, partiendo de la aceptación de las posibilidades y limitaciones de los recursos y sus expectativas o deseos.

Individualidad objetivable. Esto es de cada persona a través de pruebas psicológicas que miden rasgos relevantes para el mundo vocacional,

En síntesis, ésta teoría parte de las diferencias inter e intra individuales, aptitudes, personalidad, interés, etc. con base a unidades comportamentales homogéneas que representan conjuntos de variables estables y con valor predictivo.

Su objetivo principal es:

Ayudar a resolver el problema presente del individuo; a largo plazo, ayudar a comprender y manejar los propios recursos, limitaciones y responsabilidades de forma que pueda resolver los problemas futuros, ajuste vocacional con base en la eficiencia predictiva de los instrumentos y supuestos teóricos utilizados.

1.5.2 Enfoque psicoanalítico

El psicoanálisis remonta en la psicología vocacional en un esbozo de conceptualización aplicada al asesoramiento.

El psicoanálisis se debe a Brill (1949), para este autor, la elección libremente realizada por el individuo es una gratificación al resolver un problema que le plantea de inmediato la realidad y proporciona estabilidad y dirección a su conducta global, en función de las metas que espera lograr en el desempeño profesional.

Hendrich (1943) no estaba de acuerdo que los principios del placer y la realidad basten para explicar la vida laboral, e introduce un motivo o principio productivo que en contraste con el principio de la realidad lo asienta en el instinto de dominar el ambiente, el cual a partir de una base biológica impulsa al individuo a la gratificación del mismo a través de la ejecución eficaz de las tareas.

La satisfacción vocacional es una función del ego y no un placer sexual sublimado.

Los principios dinámicos del placer y de la realidad van intercambiando su peso e influencia en la conducta progresivamente madura; en la adolescencia aumenta la inestabilidad de esa relación, en ocasiones al producirse o agudizarse en ese periodo la transición a la vida adulta que implica el predominio de la orientación realista.

Éste enfoque del asesoramiento vocacional destaca el papel de los factores internos individuales a diferencia de los ambientales.

La interpretación de la conducta en términos de desarrollo y evolución hace que las relaciones interpersonales, cuenten con un papel muy activo en la comprensión de la dinámica vocacional.

Por otra parte, la toma de decisiones en la fortaleza del yo ayuda a la comprensión de la indecisión vocacional.

El objetivo de este enfoque es:

El autoconocimiento, reelaboración y reorientación de la personalidad. A mediano plazo ayudar al sujeto al análisis y autoconocimiento de la realidad vivencial, a largo plazo lograr la autonomía y reelaboración personal necesaria para el equilibrio personal.

1.5.3 Enfoque Rogeriano

Con el enfoque rogeriano también identificado como no directivo comienza el desplazamiento de la responsabilidad del proceso de ayuda en lo que se refiere a la toma de decisiones del propio sujeto.

El proceso de ayuda se basa en la comunicación interpersonal, la libertad, la aceptación mutua y la efectividad. Para este enfoque, la autorrealización es la finalidad de la conducta humana y el proceso de ayuda es la sucesión de etapas que permite al sujeto clarificar su problema, aceptar su situación y encargarse o adaptarse a la misma de forma creativa y responsable.

La obra de Carl Rogers se centra en el cliente, orientación no directiva, etc. su influjo en la psicología vocacional y en concreto al asesoramiento vocacional, ha sido mayor en las actitudes y en la concepción del proceso de ayuda que los psicólogos han tratado de hacer de un sistema identificable o diferente.

Rogers sostiene con los psicólogos psicodinámicos que las distinciones entre el asesoramiento y psicoterapia son artificiales e innecesarias, siendo ambas lo mismo y parte de un mismo proceso, que es la relación de ayuda humana.

1.5.4 Concepto de sí mismo

En el radica uno de los aspectos básicos del asesoramiento centrado en el sujeto, en tanto que el sí mismo es tomado como la conciencia, el “yo” consciente o el “mi” reflexivo. El sí mismo es la meta de la vida personal por el que la persona se esfuerza y aunque no llegue a la plenitud enteramente, esa atención es una fuerza motivacional del primer orden.

El *self*, es el objeto percibido en un campo fenoménico, formado por las autopercepciones y vivencias asociadas. “El sí mismo representa la conciencia: la teoría del *self* es un intento por explicar ciertos fenómenos y conceptualizar las propias observaciones de algunos aspectos de la conducta” (Rogers, 1951, p.468.).

1.5.5 Autorrealización

Definida como la tendencia a desarrollar al máximo todas las capacidades que sirven para potenciar el organismo es otro aspecto crucial del comportamiento personal; llegar a ser o llegar a hacerse una persona.

El *self* y la autorrealización se articulan en una serie de proposiciones que van desde una posición claramente fenoménica, por ejemplo: todo individuo existe en un mundo de experiencias cambiantes del cual es el centro.

Describe el punto final del desarrollo personal como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del yo situación que de alcanzarse expresaría el máximo en la adaptación orientada de manera realista, lo cual representaría el establecimiento de un sistema de valores individuales que presenta una considerable semejanza con el sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana.

El enfoque rogeriano no hace una cuestión diferenciada de la relación de ayuda para la conducta vocacional, sino que, por el contrario, al igual que otros autores como More, abogan por un planteamiento genérico y globalista del asesoramiento y consejo psicológico, basado en una teoría ideográfica de la personalidad individual.

El objetivo principal de este enfoque es:

Facilitar la clarificación y adecuación del auto-concepto con los roles vocacionales compatibles y con las posiciones del individuo como persona responsable.

1.5.6 Enfoque evolutivo.

El conocimiento de la evolución de la conducta vocacional permite la anticipación e intervención en el proceso de asesoramiento dotando de actividades, conductas e informaciones apropiadas para la situación vocacional del sujeto.

El enfoque evolutivo cuenta con variadas realizaciones acepta parte de la metodología y supuestos de la teoría del rasgo. El periodo moderno del asesoramiento y de la psicología vocacional se puede encuadrar dentro de éste enfoque evolutivo.

El enfoque evolutivo introduce la dimensión temporal en el asesoramiento y la posibilidad de que todos los cambios de conducta, sea vocacional, personal o social puedan ocurrir a lo largo de la vida del hombre.

La aportación más conocida y de más trascendencia en la psicología vocacional es el establecimiento de una serie de periodos evolutivos con conductas vocacionales diferenciales según la edad de los sujetos; a su vez cada uno de ellos está dividido en estadios.

En éstos periodos observamos el trabajo de psicólogos evolutivos como: Jean Piaget y Charlotte Bulher de quiénes suponen una elaboración firme para explicar el proceso de la infancia por medio de actividades lúdicas a la adultez en el mundo del trabajo.

Estos periodos son los siguientes:

Periodo fantástico: Abarca desde el nacimiento hasta los 11 o 12 años y se caracteriza porque lo vocacional se identifica con los intereses o con los deseos infantiles, el niño cree que se puede llegar a ser lo que él quiere.

Periodo tentativo: Comprende de los 11 años a los 17 en los que la traslación vocacional se realiza en términos subjetivos, tales como intereses dominantes, aptitudes y valores.

Estos se pueden distinguir en:

- ✓ Intereses: el adolescente elige lo que le gusta o le atrae.
- ✓ Aptitudes: sus capacidades en relación a lo que le gustaría poder lograr.

- ✓ Valores: se introduce progresivamente a determinadas profesiones e inciden determinantes valores intrínsecos y otros de tipo extrínseco.
- ✓ Transición: a los 17 se comienza a incorporar el principio de la realidad como limitador de las elecciones.

Periodo realista: Variable en su aparición individual, según la madurez personal de cada individuo y se puede estimar desde los 18 a los veintitantos... como la edad propicia a éste periodo en dónde se hacen elecciones certeras.

Concepto de sí mismo y etapas del desarrollo vocacional.

La formación del auto concepto implica que la persona se reconozca a sí misma como distinta, pero a la par que sea consciente de las semejanzas entre él y los de su especie y cultura, ese proceso de desarrollo continuo se forma a través de la experiencia.

Éste enfoque parte desde una perspectiva evolutiva de “*life span*” etapas evolutivas que caracterizan periodos vitales diferentes; los rasgos psicológicos que diferencian a los individuos, pero su variabilidad se inserta en la dinámica de maduración, cambio y desarrollo a lo largo de la vida.

Su objetivo principal es:

Partir adecuadamente la gama de posibilidades y limitaciones que el mundo vocacional desde éste preciso momento y cara a su futuro, suscita al sujeto, analizar el grado de madurez del repertorio de acciones que el sujeto dispone para enfrentarse con éxito a las tareas vocacionales además de prevenir y diseñar con el sujeto la progresión futura a partir de las opciones vocacionales elegidas incluyendo los reajustes posteriores que sean necesarios.

1.5.7 Enfoque conductual cognitivo

El enfoque conductual cognitivo conjunta dos orientaciones psicológicas modernas, enriqueciendo con sus respectivas aportaciones teóricas aplicadas al tratamiento adecuado del asesoramiento vocacional individual.

La finalidad del proceso es la solución de problemas vocacionales específicos de una persona concreta, como lo percibe y como lo acepta para que voluntariamente pida ayuda.

1.5.8 Conductismo

El asesoramiento psicológico se plantea como un problema genérico del asesoramiento, la decisión e indecisión vocacional que el individuo tiene que afrontar a la hora de resolver problemas.

Incluye lo temporal como un elemento contextual de primer orden y también lo refiere a la influencia que las experiencias anteriores tienen sobre la conducta posterior, que resumen en tres principios o puntos de partida:

- a) Evolución
- b) Adquisición
- c) Factores.

Según Goodstein (1972) se especifican dos perspectivas de las teorías del aprendizaje referidas a las vivencias, éste concepto es utilizado en la conducta vocacional, va a relativizar, pero no ignora el papel que el medio exterior tiene en cuanto a la construcción de la propia identidad personal que se proyecta en el mundo laboral.

La finalidad del proceso es la solución del problema vocacional específico que una persona concreta recibe y acepta como tal el problema para el que voluntariamente demanda ayuda. La clave del proceso está en el autoconocimiento, el análisis de la situación problemática y el tratamiento de la información que se crea pertinente.

1.5.9 Cognitivismo

La implantación del cognitivismo se debe a la insuficiencia explicativa del modelo consultista, en especial a lo que se refiere limitar los datos primarios extraídos del comportamiento observable y dejar fuera la actividad pesante del ser humano, que necesariamente es un proceso interno cómo señala Mayer (1986, p. 21).

Lo cognitivo se refiere a que la conducta es la manifestación o resultado del pensamiento y que, por tanto, las definiciones psicológicas deben estar vinculadas a los mecanismos de la conducta.

La orientación psicopedagógica resulta fundamental en la intervención con los alumnos y padres que atraviesan por una situación hospitalaria, al ser un proceso que tiene la capacidad de prevenir situaciones conflictivas futuras llega a adquirir un carácter terapéutico que puede ser de gran utilidad en este escenario.

Dentro de los ámbitos de intervención de la orientación educativa resalta la orientación escolar o del aprendizaje ya que consta en la adecuación de los individuos a las exigencias de los diferentes programas educativos, en éste caso los programas llevados a cabo dentro de los hospitales.

El currículo y las planeaciones diarias deben adecuarse a los alumnos y a las necesidades que presentan, el docente debe realizar modificaciones congruentes al currículo para la intervención, evitando la posibilidad de un fracaso escolar. Se convierte en una meta necesaria en cuanto a la optimización de los procesos de aprendizaje y la adecuación al contexto hospitalario.

Destaca también la orientación de la personalidad y desarrollo socio-afectivo, haciendo referencia a la educación emocional, la orientación en éste ámbito de intervención contribuye al desarrollo y ajuste de la personalidad, la motivación, a detectar las necesidades afectivas y los conflictos emocionales que pudieran surgir durante el tratamiento.

Se convierte en el objetivo principal lograr un desarrollo afectivo ideal, para ayudar al alumno a tener una adaptación y participación satisfactoria para él mismo y en el contexto en el que interactúa.

En éste contexto es evidente que los alumnos llegan a tener problemas conductuales, actitudes y aspectos escolares negativos derivados de la enfermedad que padecen y los conflictos emocionales que atraviesan.

Por ésta situación se hace indispensable que la intervención orientadora se lleve a cabo como una intervención remedial-terapéutica respecto a éstos problemas. Es aquí cuando se retoma el modelo de intervención psicopedagógica; de consejería o *counseling* con su enfoque terapéutico, se centra la terapia en el cliente (padres y alumnos) con el fin de lograr ciertos cambios en la conducta del cliente.

Ayuda al individuo a tomar consciencia de sí mismo y de la conducta que adopta al reaccionar a determinadas situaciones que se le presentan con el fin de establecer un significado personal a ésta conducta y mejorar la conducta futura.

En el hospital, el docente interviene de forma directa con padres y alumnos ya que ambos toman de manera determinante las recomendaciones que el docente les brinda.

Éstos ámbitos y enfoques de la orientación educativa pueden ayudar tanto al alumno como a los padres en situación hospitalaria a desarrollar la personalidad de una manera adecuada, conocer sus actitudes y aptitudes potenciando la motivación y la autoestima en actividades futuras. Además de mejorar la relación interpersonal contribuyendo a la adaptación plena al contexto y la relación con las personas dentro de éste.

CAPÍTULO 2. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

2.1 Referentes Teóricos

Es importante realizar un recorrido histórico para vislumbrar un panorama general sobre el cuál se constituyó la Pedagogía Hospitalaria como ámbito de la educación que atiende específicamente las necesidades educativas especiales que atraviesan los niños en condición hospitalaria.

El verdadero origen de la educación hospitalaria reside en Dinamarca en el año de 1845, cuando se inició la primera labor docente en un hospital para niños con tuberculosis y por la preocupación de los médicos de que sus pacientes no perdieran la continuidad de sus estudios, por lo que contrataron un maestro para cubrir esta necesidad. (Lorente y Lizasoán, 1992).

En Valencia España, a partir del siglo XV, por medio de los trabajos del religioso Gilabert Jofre, se pone en práctica una atención personalizada a los deficientes psíquicos. Pero es en el siglo XVI, cuando comienzan las experiencias de tipo pedagógico y educativo a través de los trabajos del monje Pedro Ponce de León con los primeros ensayos para la educación de personas sordomudas por medio del lenguaje de señas; más tarde en el siglo XVII, Pablo Bonet pedagogo y logopeda realizó trabajos en Madrid con el fin de lograr desarrollar el lenguaje de señas en personas mudas.

En el siglo XVIII, el Francés Pereira promueve la educación sensorial, debido a su matrimonio con una mujer sorda, creó un alfabeto de signos para comunicarse con ella; así mismo estudió la composición y disposición de los órganos bucales y logró que las personas con sordera percibieran las palabras por medio del tacto.

Es por esta acción que surge la educación sensorial al remplazar la emisión oral de la palabra por el tacto. En el *Emilio* (1762) de Rousseau se retoma la idea de sustituir la vista por el tacto, en la educación de personas invidentes.

Más tarde se aporta la iniciativa de poner en relieve las letras en los escritos propuesto por el francés Valentín Haüya. Pero es a partir del siglo XIX cuando surge una de las grandes reformas de la pedagogía de la mano de Pestalozzi,

quién es el fundador del movimiento pedagógico sobre la base de la educación intuitiva y natural, experimentada en el Instituto pedagógico de Yverdon.

En Suiza, Pestalozzi emprendió una cruzada educativa a favor de las personas en desventaja, en su mayoría deficientes mentales.

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

Durante el siglo XX, la colaboración médico-pedagógica alcanzó su máximo nivel con las aportaciones de María Montessori y Ovidio Decroly, quiénes establecen pautas de diagnóstico y tratamiento, asentando las bases del surgimiento de una nueva ciencia auxiliar de la Medicina, la Pedagogía, las Ciencias Sociales y de la Psicología denominada Pedagogía Terapéutica.

La Pedagogía Terapéutica desde sus orígenes buscó lograr el equilibrio emocional y la adaptación social de los niños en situaciones de alto riesgo, cómo la enfermedad.

Lázaro (1986) menciona:

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

El campo de acción de esta nueva ciencia se enfoca en niños y jóvenes que se encuentran en una situación anómala; la enfermedad, pone énfasis en situaciones como las inadaptaciones, dificultades psíquicas, retardos y perturbaciones de cualquier clase de desarrollo, ya sea biológico o psicosocial por el que atraviesan durante el periodo de hospitalización.

La Pedagogía Terapéutica trata de incentivar la autonomía, la comunicación, la socialización y la ocupación, su objetivo es promover el desarrollo global de la personalidad.

La educación, en el marco de la Pedagogía Terapéutica, se determina por la adquisición de habilidades motoras, máxima orientación espacial, hábito y gusto para que posteriormente puedan integrarse de una manera óptima en éste caso, al contexto escolar.

Los planteamientos hechos por la Pedagogía Terapéutica con relación a los trastornos asociados a la deficiencia coinciden con los planteamientos hechos por la Pedagogía Hospitalaria referida a los trastornos asociados a la enfermedad.

“Ambas buscan contemplar las repercusiones personales y sociales de largo alcance, que no pueden ser abordados desde la Pedagogía o la Medicina de forma aislada, sino que van más allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud”. (Grau, 2001, p.24).

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

En 1978, a través del Plan Nacional de Educación Especial y en el año de 1981 surge la Circular que enfatizaba la necesidad de contar con los equipos de apoyo a las aulas del hospital y el surgimiento de la Ley de Integración Social para minusválidos de 1982 que contempla la ampliación de la atención educativa al niño hospitalizado.

A partir de estos decretos se institucionaliza la Pedagogía Hospitalaria, bajo los principios de dar una respuesta educativa a los niños con necesidades educativas especiales ocasionadas por una enfermedad, puede darse desde el aula hospitalaria, la escuela ordinaria, o la educación a distancia. Todo ello en función de las características de la problemática personal del niño, sus necesidades y siempre con la colaboración del equipo multidisciplinar dentro del hospital.

2.1.2 Concepto de Pedagogía Hospitalaria.

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

Trata de ir más allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud, contempla la repercusión personal y social de largo alcance, que no puede ser abordada sólo desde la pedagogía o sólo desde la medicina. Tiene una base educativa y curativa, trata de compensar o tratar los efectos devastadores de la enfermedad que sufren tanto el alumno, como sus familiares, asumiendo las aportaciones de la pedagogía terapéutica que resulten útiles para el tratamiento.

La Pedagogía Hospitalaria puede articularse en el ámbito de la educación especial, ya que hace referencia a las necesidades educativas especiales y a la enfermedad que se convierte en una situación especial, anómala y marginal.

La enfermedad requiere una acción educativa especial que pueda contrarrestar, en lo posible, los efectos derivados de la permanencia en un medio extraño y hostil debido al desconocimiento de éste, estresante por la confluencia de los factores implicados en el desarrollo del proceso de enfermedad y por las interacciones de fuerzas de diferente magnitud actuando conjuntamente en un mismo campo.

La Pedagogía Hospitalaria entre sus principales objetivos, plantea que: “ha de preparar al niño enfermo para afrontar las situaciones conflictivas que va a vivir, desarrollando las habilidades cognitivas, el rendimiento académico, mejorando su estado emocional y afectivo, a fin de afrontar mejor su situación y por consiguiente ayudar a la mejora de su salud” (Grau, 2001, p. 31).

Esto se logrará a través de un modelo pedagógico que ubique en el centro a la escuela, fortaleciendo las figuras escolares y de apoyo técnico que participan para propiciar las condiciones adecuadas de aprendizaje.

Con el objetivo de elevar la calidad y favorecer la continuidad en los procesos de aprendizaje de alumnos en condición hospitalaria a través del diseño de estrategias de formación profesional para elevar los índices de eficiencia terminal y el logro de los estándares curriculares en los niveles de preescolar, primaria y secundaria (SEP, 2016).

Resulta de gran importancia incluir las emociones como parte fundamental en el proceso de aprendizaje de los alumnos, ya que funge como pieza clave para su desarrollo integral y comprende como tal una educación integral, es decir, se debe considerar al alumno como ser humano con un sistema único, valioso e irrepetible que para alcanzar su plenitud debe alcanzar el ejercicio pleno de todas sus potencialidades; biológicas, psicológicas, intelectuales y sociales.

La Educación Integral es aquella que contempla en su debida importancia la totalidad de las funciones humanas: la sensibilidad, afectividad, raciocinio y voluntad, que resultan de gran importancia para propiciar ambientes de aprendizaje óptimos para los alumnos.

Con el objetivo de satisfacer las necesidades educativas especiales que suelen ser de carácter sanitario, emocional y curricular, se debe entender la pedagogía desde el contexto en que se encuentra orientada, configurada y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo y lograr llevar a cabo una colaboración multidisciplinaria con el apoyo de padres, psicólogos, docentes hospitalarios y personal sanitario.

Sin embargo, en el contexto real el trabajo multidisciplinar se convierte en utopía, la relación entre los equipos médicos, psicólogos, padres y personal sanitario se dificulta por diversas cuestiones, la razón principal es que cada uno debe cumplir con un rol establecido que les exige la totalidad de tiempo y atención.

La coordinación para el funcionamiento de la escuela en el hospital es solamente administrativa, sólo en algunos casos el personal sanitario se involucra en el aspecto escolar de sus pacientes, la falta de cooperación por distintas cuestiones puede dificultar la práctica educativa.

2.2 El Pedagogo Hospitalario

Para lograr óptimamente los objetivos principales de la pedagogía hospitalaria, actualmente se convierte en una necesidad vital la presencia del profesional de la educación en el contexto hospitalario que sea capaz de atender las necesidades imperantes de los alumnos en situación de enfermedad, debe identificar el origen, las fases y causas por las cuáles ésta población se encuentra en riesgo de rezago educativo.

Dentro del contexto surgen necesidades pedagógicas ya sean de aprendizajes, de contenidos escolares, de materiales o necesidades psicológicas que engloban la adaptación del alumno al hospital y la atención durante su estancia.

De acuerdo con Claudia Grau y Carmen Ortiz (2001) el pedagogo hospitalario debe contribuir a:

- a) Preparar al enfermo para reducir el impacto del desconcierto y conflicto que genera el ingreso en el medio hospitalario y reducir el estrés derivado de la hospitalización con posibles actividades lúdicas.
- b) Orientar la acción educativa a desarrollar las potencialidades intelectuales y personales del sujeto, con el fin de que sus rendimientos no se vean mermados y que su estabilidad emocional, sus valores y sus sentidos no se resientan.
- c) Intervenir en el contexto familiar para obtener su colaboración y para que la situación tenga el menor impacto posible en los sistemas de referencia familiar, social y escolar.

Los pedagogos hospitalarios que trabajen en los hospitales han de ser personas imaginativas que cultiven el difícil arte de la improvisación creativa y la exigencia atemperada. Por fidelidad a la especialidad elegida, el pedagogo ha de saber sacrificar aquí la eficacia de los rendimientos académicos a la mejor adaptación del niño al hospital, los aprendizajes a la salud, la programación curricular a la optimización de la evolución clínica. (Polaino-Lorente, (1990) citado por Pinto (2013) p.77.)

Es importante que el pedagogo hospitalario cuente con una personalidad equilibrada, empatía, flexibilidad, imaginación y creatividad ya que interviene directamente con el alumno y su familia.

Son pocos los docentes o pedagogos que cuentan en su totalidad con éstas características, es preocupante ya que éstas son básicas y fundamentales para establecer relaciones adecuadas con alumnos y padres, de esto depende totalmente el interés que ambos tengan por continuar el proceso educativo

Dentro de las funciones a desarrollar del docente hospitalario siguiendo a Claudia Grau y Carmen Ortiz (2001) destacan las siguientes:

- ✓ Dar continuidad a la educación de los niños, en función de cuál sea su enfermedad y el estado psico-biológico en que se encuentra.
- ✓ Colaborar con el personal sanitario, siendo consciente que la salud es la meta prioritaria en los niños.
- ✓ Ser un intermediario entre el niño y la familia y el niño y el personal sanitario.
- ✓ Lograr una implicación directa en la vida afectiva del niño, ayudando a reeducar las emociones.
- ✓ Transmitir contenido educativo en los ratos de ocio de los niños, para recuperar el posible retraso académico y evitar la deserción, además de ser una vía de enriquecimiento personal y social.
- ✓ Apego a los programas y planes de estudio vigentes de educación básica, para organizar el trabajo dirigido a grupos multigrado. Conocimiento de los padecimientos de los alumnos en condición hospitalaria, para planear y adaptar las estrategias didácticas.
- ✓ Seguimiento puntual y sistemático de avances de cada alumno.
- ✓ Evaluación de los aprendizajes de los alumnos en condición hospitalaria.
- ✓ Propiciar ambientes favorables de aprendizaje en las aulas hospitalarias, que consideren los diversos estilos de aprendizaje de los alumnos.
- ✓ Brindar orientación y apoyo necesario al padre de familia o tutor del alumno en condición hospitalaria, para regularizar cualquier problemática que se presente.

El pedagogo hospitalario tiene un gran impacto durante el proceso de enfermedad que atraviesan los alumnos y su familia, trasciende los aspectos escolares, se convierte en un personaje clave para la superación de situaciones conflictivas tanto de aprendizaje como personales, por estas cuestiones es necesario que tenga la preparación adecuada y cumpla con el perfil que le permita intervenir de una manera óptima en ambos procesos (enfermedad y educativo).

2.3 Aula hospitalaria

El aula hospitalaria es el espacio destinado en el hospital con el objetivo de brindar atención educativa a los alumnos que se encuentran hospitalizados, cuando se habla de un aula hospitalaria se hace alusión a un aula inclusiva, es decir, se toma en cuenta que al brindar un servicio a alumnos con necesidades educativas especiales tiene que hacerse mención del concepto de *inclusión*.

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

La educación inclusiva, “es la intervención de las medidas necesarias para poder dar la bienvenida al alumno hospitalizado y pueda seguir estando dentro del sistema ordinario, lo que exige un gran esfuerzo de coordinación entre los agentes familiares, psicopedagógicos, médicos y sociales” (Grau, 2001, p.32).

Es considerada por esto, como una nueva forma de concebir que el alumno en todas sus dimensiones: emocional, personal, cognitivo, social, etc., se convierta en agente de su propia educación, participando y reintegrándose activamente en todos los ámbitos de su vida escolar.

La educación inclusiva tiene como uno de sus objetivos brindar igualdad de oportunidades y hacer que los alumnos desarrollen todas sus capacidades y habilidades dentro de un clima de tolerancia y respeto a las diferencias.

La inclusión educativa requiere de un cambio en las actitudes y valores principalmente del profesorado, para reconocer los derechos de los alumnos a

una escuela de calidad basada en la diversidad y tendiente a mejorar la calidad de vida de quienes la conforman.

Pone énfasis en un currículo común para todos, en el que la diversidad de actividades, recursos y métodos pueda responder a las particularidades de la población; permitiendo a los alumnos reconocer sus propias potencialidades y respetar las características individuales de los demás, con el fin de reforzar la autoestima individual y la cooperación entre todos.

Actualmente existen escuelas que realizan grandes esfuerzos por transformar los ambientes educativos en comunidades inclusivas y en el programa de pedagogía hospitalaria llevado a cabo en el hospital no podía ser la excepción.

Las aulas inclusivas parten de la idea que todos los niños pertenecen a un grupo y que todos pueden aprender de una manera normal en la escuela, se valora la diversidad ya que esta refuerza la clase y ofrece oportunidades de aprendizaje a todos sus participantes.

A medida que las escuelas promueven la inclusión de todos sus alumnos como miembros valiosos, se da una gran importancia a la diversidad, la escuela de hoy tiene que estar preparada para recibir y no discriminar a niños procedentes de otras culturas que hayan sobrevivido a una enfermedad o que incluso aún la padezcan, como el caso del aula hospitalaria y de los niños que se encuentran en un tratamiento médico.

El aula hospitalaria es considerada como un lugar socialmente definido en las que los niños conviven con sus iguales, el aula hospitalaria se convierte en un aula multigrado, es decir, se les brinda atención educativa a niños de diferentes edades sin discriminación alguna.

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

Las aulas hospitalarias representan un apoyo fundamental para la adquisición de los aprendizajes establecidos en el currículo escolar, pero también contribuyen de una manera significativa para conseguir la adaptación del niño al medio hospitalario y surgen como una vía para abordar la educación inclusiva,

ya que lo que se busca en este espacio creado en los hospitales, es preparar e insertar satisfactoriamente al contexto escolar y social a niños y jóvenes que se encuentran hospitalizados y ayudarlos a que tengan una mejor calidad de vida.

El aula hospitalaria es una distracción para alumnos y padres, es un espacio distinto a los consultorios, habitaciones y salas médicas a las que están acostumbrados, los hace romper la rutina y modificar sus estados de ánimo.

El currículo utilizado no debe ser llevado de una manera formal dentro de estos contextos, aunque la educación hospitalaria es llevada a cabo actualmente dentro de programas oficiales y vigentes de educación básica, se deben realizar adecuaciones que hagan referencia a un nuevo modo de vivir, implementar y experimentar el currículo oculto dentro de éste contexto.

“El Aula Hospitalaria es un espacio ubicado dentro del hospital, con el objetivo de permitir que los niños y/o adolescentes internados en una institución médica puedan continuar con sus estudios y cuenten con un espacio de recreación” (SEP, 2016).

Para que el docente pueda enseñar dentro de un Aula Hospitalaria, es necesario que se adapte a la realidad del niño.

Entre los objetivos del aula hospitalaria destacan los siguientes:

- ✓ Prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los niños y adolescentes en edad escolar durante el periodo de hospitalización.
- ✓ Permitir el proceso de socialización del niño y/o adolescente hospitalizado.
- ✓ Dar continuidad al proceso de enseñanza – aprendizaje durante el periodo de hospitalización.

La metodología que se sigue en las aulas hospitalarias no es única, ya que está orientada a trabajar según las necesidades y características del grupo de alumnos, se promueve un modo activo, es decir, se permite a los alumnos expresar su sentir, su punto de vista, sus intereses y se hace de su conocimiento que cuentan con un espacio para la recreación.

El aula requiere de materiales adecuados para que se pueda realizar la labor docente, es necesario considerar el grado escolar que cursan los alumnos para

poder trabajar los contenidos, adaptarlos y utilizar los materiales necesarios para la intervención.

Se pueden identificar dos tipos de aula dentro de la institución hospitalaria;

Aula Fija. Es un espacio asignado por el hospital en las diferentes áreas de especialidades, en donde la atención educativa se brinda específicamente en el espacio a través del modelo multigrado y con adecuaciones curriculares acorde a las necesidades.

Aula Móvil. Consiste en llevar la atención educativa personalizada a los alumnos que no pueden desplazarse o que están aislados, acercándoles los materiales y el apoyo necesario.

2.4 La Pedagogía Hospitalaria en México

2.4.1 Antecedentes.

En México, el servicio de educación básica en instituciones de salud se llevó a cabo a través de esfuerzos provenientes de diversos sectores, social y privado principalmente.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y el Hospital Infantil de México Federico Gómez fueron los primeros hospitales en México que durante los años cuarenta y sesenta tenían una escuela al interior de sus instalaciones proporcionando el servicio a pacientes desde ese plantel.

Años más tarde, el ISSSTE a través del Voluntariado ANASVO desarrolló una tarea educativa similar con el Centro Unidos Por la Vida, que canalizaba a pacientes pediátricos para su atención educativa con asesores e incluso brindaba becas que les permitían estudiar en bachilleratos abiertos.

Pero cuando la Pedagogía Hospitalaria tuvo un mayor impacto en México fue en el año 2005 con el surgimiento del Programa “Sigamos Aprendiendo... en el Hospital”, desde el sector salud, como una iniciativa que ofrece oportunidades educativas a niños, niñas y jóvenes que viven con enfermedades crónicas.

Éste programa se constituyó como un programa sostenible así que se firmaron las Bases de Colaboración entre sectores educación y salud impulsando la apertura de cinco aulas hospitalarias en la Ciudad de México, y posteriormente se amplió la cobertura de este servicio al interior de la República Mexicana, pero aún no se habían tenido grandes resultados debido a la desarticulación y diversidad en la metodología empleada para la atención de la población pediátrica.

En el año 2007 después de realizar un estudio del contexto hospitalario acerca de los rasgos de la población a atender y de los actores involucrados, la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (AFSEDF) diseñó un programa que no sólo brindará atención a dicha población, sino que contribuya a dar continuidad a sus estudios de nivel básico a través de una metodología especializada que tiene como base el Plan y Programas de Estudio para la Educación Básica.

Éste programa tendría como objetivo que el alumno se reincorpore a su escuela de origen cuando le sea posible, inició con un plan de formación dirigido al equipo docente con el fin de que éste cuente con las competencias necesarias para la intervención educativa en este contexto.

El 5 de octubre de 2010, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) firmó un convenio de adhesión al programa en cuestión, entre el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Secretario de Salud y el Secretario de Educación Pública, institución que hasta el 2015 ha implementado 37 aulas en diferentes Estados de la República.

Actualmente Sigamos aprendiendo... en el hospital opera en 32 Estados de la República Mexicana, y cuenta con 193 aulas, 143 de ellas en 106 hospitales que pertenecen a la Secretaría de Salud, en los 32 Estados y 47 pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 27 entidades federativas y 3 pertenecen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (SSA, 2018).

Se ha promovido la firma de Convenios de Colaboración en 18 instituciones de salud para la operación de la Escuela de Innovación Pedagógica. ¡Tú escuela en el hospital! que, a la fecha, cuenta con 32 aulas equipadas con recursos

didácticos, bibliográficos y tecnológicos; así como con docentes calificados, contribuyendo a los procesos de aprendizaje de los alumnos que se encuentran internados o en tratamientos médicos prolongados.

FUENTE: Secretaría de Salud Acciones y Programas (2018) recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sigamos-aprendiendo-en-el-hospital> consultado en diciembre de 2018.

2.4.2 Funcionamiento

El Programa Pedagogía Hospitalaria como práctica de innovación, representa una de las acciones de la Administración Federal de Servicios Educativos, para favorecer la continuidad escolar de la población de educación básica en condición de hospital, contribuye a elevar los índices de eficiencia terminal y el logro de los estándares curriculares en los niveles de preescolar, primaria y secundaria.

Éste Programa considera los factores fundamentales para llevar a cabo los procesos implicados en la operación de la Escuela de Innovación Pedagógica ¡Tu escuela en el hospital!, se realiza un diagnóstico, planeación; investigación y asesoría; atención, gestión y eficacia escolar; estos son algunos de los aspectos que quedan registrados en el SAIS, Sistema de Administración de Información y Seguimiento como fuente de datos y evidencias del trabajo realizado.

La implementación de este programa representa una alternativa educativa en el contexto hospitalario, con un enfoque de atención a la diversidad basada en los principios de equidad e inclusión, en cumplimiento a la responsabilidad del Estado para garantizar el derecho a la educación básica.

Funciona bajo los objetivos principales del programa de pedagogía hospitalaria implementado por la SEP, el objetivo principal es:

Definir los criterios y procedimientos técnico pedagógicos, de gestión y de eficacia escolar que permitan, a los involucrados en la atención educativa en las instituciones de salud conocer, aplicar y dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de organización y operación de servicios educativos; con el fin de que

los niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad ejerzan plenamente el derecho a una educación de calidad (SEP, 2016).

Algunos objetivos específicos que resultan primordiales son:

- ✓ Dar continuidad al proceso de aprendizaje de los alumnos en condición hospitalaria a través de una modalidad escolarizada.
- ✓ Ofrecer la oportunidad de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación de estudios a los alumnos en condición hospitalaria que se han visto en la necesidad de abandonar sus estudios, y/o no han tenido acceso al sistema educativo.
- ✓ Contribuir a la disminución del rezago educativo y a elevar los índices de permanencia y egreso, a través de una propuesta metodológica basada en el trabajo con proyectos y unidades de trabajo, centrada en los recursos del arte, el juego y el uso de nuevas tecnologías.
- ✓ Potenciar el desarrollo de competencias para la vida, a través de la atención educativa e intercambio intercultural en grupos multigrado.
- ✓ Generar estrategias de intervención educativa, materiales de apoyo e instrumentos de seguimiento al desempeño, a partir de adecuaciones curriculares al contexto hospitalario, basadas en el Plan y Programas de Estudio de Educación Básica vigentes.
- ✓ Favorecer el desarrollo de competencias docentes hospitalarias, a través de programas de capacitación y acompañamiento.
- ✓ Propiciar ambientes de aprendizaje en áreas pediátricas de las instituciones de salud, a través de acuerdos de colaboración con el sector salud.

Existen 30 aulas hospitalarias que se encuentran distribuidas en la Ciudad de México, las cuáles operan un modelo educativo dirigido a alumnos en situación de vulnerabilidad por enfermedad, se ubica al alumno en el centro y alrededor a las figuras de apoyo técnico y equipo multidisciplinario que intervienen a través de acciones que, de forma integral, mejoran su calidad de vida.

Los acuerdos con el sector salud, hacen posible habilitar espacios con las condiciones necesarias que favorecen el aprendizaje en el contexto hospitalario.

Las instituciones de salud participantes colaboran e interactúan con el Programa Pedagogía Hospitalaria facilitando la prestación del servicio educativo al alumno mediante la coordinación intersectorial.

Los docentes dirigen su labor educativa a grupos multigrado a través del trabajo por proyectos que les permite abordar varias asignaturas optimizando tiempo y recursos.

El modelo de intervención se basa en el Plan y Programas de Estudios de Educación Básica vigentes favoreciendo el logro de aprendizajes y desarrollo de competencias, para dar respuesta a las necesidades y características propias de los alumnos en situación hospitalaria, considerando las exigencias del tratamiento y rotación de la población en las instituciones médicas; con base en estas consideraciones se determina la modalidad de intervención educativa diversificada.

Cabe señalar que todos los servicios son gratuitos. La atención educativa se presta en apego a las Políticas establecidas por la Secretaría de Educación Pública.

FUENTE: Hospital Infantil de México Federico Gómez (2018) recuperado de: http://himfg.com.mx/interior/dir_ensenanza.html. Consultado enero 2019.

2.4.3 Contexto hospitalario: Hospital Infantil de México Federico Gómez.

En el año de 1943, debido los trabajos e intervención de los Doctores Gustavo Baz y Salvador Zubirán, el entonces presidente de la República, inaugura el día 30 de abril de 1943 *el Hospital Infantil de México* y su primer director el Dr. Federico Gómez Santos, lo dirigiría hasta el año de 1963.

En su discurso inaugural el Dr. Federico Gómez plantea uno de sus principios fundamentales que ha permanecido hasta la actualidad:

Afirmó: ***“el hospital desempeñará tanto las labores asistenciales propias de los más modernos representantes de su género, como funciones de enseñanza e investigación encaminadas a preparar pediatras que conozcan a fondo los problemas patológicos que afectan a la niñez mexicana”***.

Por decreto del Congreso de la Unión el 23 de junio de 1943, se consideró al hospital como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con el objeto social de cumplir tres acciones:

- ✓ Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requieran.
- ✓ Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados.
- ✓ Iniciar la Investigación científica de problemas médico sociales de la niñez mexicana.

Misión:

- ✓ Proporcionar atención médica de alta especialidad con seguridad y calidad a los niños, formar recursos humanos y llevar a cabo investigación científica de excelencia.

Visión:

- ✓ Ser, en el mediano plazo, un referente internacional en la asistencia, enseñanza e investigación pediátrica.

Objetivo

- ✓ Mantener a la Institución como un centro de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría, así como la formación de recursos humanos de alta calidad capaces de desarrollar investigaciones, además de proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil sin seguridad social y por lo tanto, con los más bajos recursos socioeconómicos.

Desde sus comienzos éste hospital se dio a la tarea de recibir a los niños de más escasos recursos que no gozan de seguridad social como lo plantea en su objetivo; se han atendido a más de 8 millones de pacientes, con un promedio anual cercano a los 153 mil. La mayoría de estos niños provienen de zonas conurbadas de la Ciudad de México y de diversas regiones del Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Guerrero y Oaxaca.

El Hospital ofrece atención pediátrica en las especialidades de Oncología, Hematología, Nefrología, Dermatología, Neurología, Cardiología, Rehabilitación, Radiología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Buco maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neumología, Gastroenterología, Psicología, Estomatología, Ortopedia, y Urología; las modalidades de atención en cada una de las especialidades son: consulta externa, urgencias, hospitalización de corta, mediana y de larga estancia, estudios especializados y tratamientos ambulatorios.

La atención educativa en el Hospital el Hospital Infantil de México se gestiona a través de la Dirección de Enseñanza y Desarrollo Académico con el Departamento de Pre y Posgrado en coordinación con el departamento de Oncología ya que la mayoría de las aulas se encuentran en esta área y se suman diferentes servicios en pro a la educación.

El hospital actualmente cuenta con seis aulas distribuidas en distintas áreas de atención médica dos aulas móviles y cuatro fijas, la atención educativa se presta en estos espacios destinados por el hospital cumpliendo con los requerimientos y cuidados específicos que se necesitan en cada área.

Área de Hemato-oncología: En ésta área hay cinco modalidades de atención conformadas por aulas fijas y móviles.

→En el área de **Quimioterapia Ambulatoria** se encuentran dos docentes establecidos en un aula fija, uno de ellos se encarga de brindar atención educativa a los alumnos que se encuentran en los *sillones reposit* recibiendo la quimioterapia, los cuáles no pueden asistir al aula, el otro docente imparte las clases dentro del aula a los alumnos que esperan la quimioterapia por medio de inyección; solo se brinda atención en el turno matutino (9:00 am. a 2:00 pm.).

→Los alumnos que asisten a Consulta Externa reciben atención en el “aula digital” equipada con distintos recursos didácticos electrónicos (tabletas, pizarrón, televisión) está a cargo de un docente, el horario de atención es matutino (9:00 am. a 2:00 pm.).

→En el área de **Quimioterapia Corta Estancia**, son alumnos que se internan por un periodo corto de tiempo (de 3 a 4 días), el docente es el mismo que

atiende el aula digital en el turno matutino y trabaja de dos maneras: imparte la clase en camas y en el aula móvil a los alumnos que puedan trasladarse, el horario de atención es de 2:00 pm. a 6:00 pm.

→En el **Internamiento** se cuenta con un aula fija, el docente que imparte las clases es quién atiende la quimioterapia ambulatoria en el turno matutino: trabaja con los alumnos que se trasladan al aula y con los alumnos que están en camas llevando las actividades a sus respectivas habitaciones

Área de Nefrología. En esta área solo hay dos modalidades de atención, un aula fija y una móvil.

→**Hemodiálisis:** Imparte la atención un docente, durante el turno matutino (9:00 am. a 2:00 pm.) los alumnos trabajan en el aula fija mientras esperan el turno para pasar a las máquinas de hemodiálisis.

→**Internamiento:** En el turno vespertino (2:00 pm. a 6:00 pm.) se trabaja con los alumnos que están en camas, los que puedan trasladarse al aula móvil o se les llevan actividades a las camas, cabe señalar que en turno vespertino también se trabaja con los alumnos del área de hemodiálisis del turno matutino que por lo regular tienen actividades pendientes o con alumnos que están programados para su tratamiento en ese horario.

Es importante mencionar que no es obligatorio que los alumnos reciban atención educativa en un área en específica, esto en el caso del área hemato-oncología ya que las aulas están relativamente cerca y los alumnos pueden entrar a tomar clase en cualquier aula, sin embargo, en el caso de los alumnos inscritos en el programa, tienen que asistir por lo menos dos veces por semana con el profesor y en el aula donde estén inscritos para realizar el seguimiento académico, así como sus evaluaciones.

CAPÍTULO 3. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL Y LAS SITUACIONES EMOCIONALES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Durante el periodo de internamiento los niños, cómo sus familias, experimentan diversas afectaciones emocionales a causa de la enfermedad que padecen, ante éstas circunstancias la educación emocional se constituye en un factor importante que ayudará en el manejo adecuado de dichas emociones, así como las relaciones con los demás y con ellos mismos cómo sujetos.

Las emociones se encuentran presentes a lo largo de la vida de las personas, es importante tomar en cuenta la dimensión emocional de los seres humanos para entender su evolución y su comportamiento ante las diversas situaciones a las que se está expuesto.

Definir las emociones resulta ser algo complejo, sin embargo algunos autores como Bisquerra (2000) las definen como: reacciones afectivas que aparecen de manera espontánea y que por lo regular son de gran intensidad; éstas se presentan como respuesta a una situación de emergencia o ante estímulos de carácter sorpresivo.

Rafael Bisquerra (2000) define las emociones como:

“un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno”. (Bisquerra, 2000).

Humberto Maturana (2001) coincide con Bisquerra en que las emociones van de la mano con las reacciones humanas, plantea la existencia de diferentes dominios de acciones posibles de personas y animales y las distintas disposiciones corporales que los constituyen y realizan.

“No hay acción humana sin una emoción que la funde como tal y la haga posible como acto” (Maturana,2001:13).

3.1 La Educación Emocional

En las últimas décadas se ha insistido en la necesidad de considerar a las emociones como parte importante del proceso educativo durante el desarrollo

del individuo. Se pone énfasis en la integración de lo afectivo y cognitivo en la educación; ya que, con ello se pretende que desde la *Educación Emocional* se lleven a cabo innovaciones educativas que propongan cambios significativos en las finalidades y enfoques pedagógicos de la educación.

En la actualidad se encuentra presente en planes y programas de estudio vigentes con el objetivo de lograr la educación integral de los alumnos.

Es importante poder diferenciar entre un sentimiento y una emoción, ya que a menudo suele confundirse el significado, Adám, E. et al. (2007) los definen de la siguiente manera:

Las emociones son reacciones espontáneas y pasajeras, es la manera subjetiva con la que la persona afronta una situación.

Los sentimientos suelen ser un poco más duraderos y al contrario de la emoción en ellos se tiene la capacidad de pensar y reflexionar de manera consciente sobre lo que se siente.

Bisquerra (2011), considera que existen tres componentes en una emoción, los cuales son descritos a continuación:

Neurofisiológico: Este componente se manifiesta por medio de respuestas involuntarias que pueden terminar con problemas de salud, respuestas como taquicardia, sudoración, rubor, sequedad de boca, etc.

Conductual: Tipo de comportamiento que experimenta un individuo, este comportamiento muchas veces puede intentar disimular y puede presentarse como gestos, tono de voz, movimientos corporales, etc.

Cognitivo: Este componente se refiere aquello que sentimos y al cual por medio del pensamiento nombramos.

El componente cognitivo es lo que puede denominarse sentimiento, el ser humano siente miedo, angustia, rabia, etc. Para poder distinguir entre ellos se emplea el término emoción para describir el estado corporal (componente neurofisiológico y conductual) y se reserva el término sentimiento para aludir a la sensación consciente (cognitiva).

Lo cognitivo hace que se pueda calificar un estado emocional y se pueda asignarle un nombre, sin embargo algunas veces se dificulta la toma de conciencia de las propias emociones, provoca la sensación de <<no sé que me pasa>> lo cual puede tener efectos negativos sobre la persona.

De aquí la importancia de una educación emocional encaminada, entre otros aspectos, a un mejor conocimiento de las propias emociones y del dominio del vocabulario emocional.

“La educación emocional es un proceso educativo, continuó y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con el objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el desarrollo integral de la persona.” (Bisquerra, 2000, p.43).

3.1.1 Objetivos

Los objetivos generales de la Educación Emocional según (Bisquerra, 2000, p.244) son:

- ✓ Adquirir un conocimiento de las propias emociones.
- ✓ Identificar las emociones de los demás.
- ✓ Desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones.
- ✓ Prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas.
- ✓ Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- ✓ Desarrollar una mayor competencia emocional.
- ✓ Desarrollar la habilidad de auto motivarse.
- ✓ Adoptar una actitud positiva ante la vida.

Dentro del contexto hospitalario las emociones pasan desapercibidas ya que es indispensable priorizar la salud física, a partir de esto, pueden surgir diversas situaciones emocionales que afecten el desarrollo del alumno, sin embargo, pueden atenderse por medio de la educación emocional.

Es importante tomar en cuenta las emociones, ya que éstas favorecen el proceso cognitivo y de aprendizaje, además de que contribuyen a que exista una disminución de ansiedad, estrés, indisciplina, comportamientos de riesgo, conflictos, entre otros, durante el proceso de estancia en el hospital.

3.2 Inteligencia Emocional

La Inteligencia Emocional según Salovey y Mayer (1990), es: Conocer las propias emociones, tener conciencia de éstas en cada momento de la vida, tener la capacidad de reconocer un sentimiento en el momento en el que se presente, evitando las emociones descontroladas. Ser capaz de expresar las emociones de forma apropiada teniendo la habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad que es fundamental en las relaciones interpersonales.

Para poder encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos, además de tener autocontrol, manejar la impulsividad y establecer relaciones con los demás es importante que las personas desarrollen ciertas *competencias emocionales* que los ayuden a enfrentar de manera óptima situaciones de riesgo a lo largo de su vida.

Se entiende por *competencias emocionales*: el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. (Bisquerra, 2003).

“La inteligencia emocional incluye la habilidad de percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997 p. 10.)

Salovey y Sluyter, (1997), han identificado cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía, autocontrol. Este marco es coherente con el concepto de inteligencia emocional: autoconciencia emocional, manejo de las emociones, automotivación, empatía, habilidades sociales.

A continuación se definirán las *competencias emocionales* siguiendo al autor Bisquerra (2000).

1. Conciencia emocional: Capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado.

2. Regulación emocional: Capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas o negativas según sea el caso.

3. Autonomía personal (autogestión): Dentro de la autonomía personal se incluyen un conjunto de características relacionadas con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, actitud positiva ante la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, la capacidad para buscar ayuda y recursos, así como la autoeficacia emocional.

4. Habilidades de vida y bienestar: Capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables de solución de problemas personales, familiares, profesionales y sociales. Todo ello de cara a potenciar el bienestar personal y social.

La educación como un proceso interpersonal que conlleva emociones resalta la importancia de tomar conciencia de éstas en cada momento de la vida, en éste caso; la situación de enfermedad por la que atraviesan tanto los alumnos como sus familias, por lo cual se hace indispensable desarrollar competencias emocionales que puedan tener un efecto positivo tanto en la vida como en el rendimiento académico.

3.3 Inteligencias Múltiples

En el hospital, el humanismo funge como eje principal, los docentes realizan adecuaciones necesarias para trabajar con esta población limitada en su acceso a la escuela regular, debido a las prolongadas estancias que exigen las enfermedades que padecen.

Las estrategias utilizadas en estas adecuaciones pueden incentivar el aprendizaje y favorecer el buen manejo de estas emociones que son un factor importante para potenciar el desarrollo y aprovechamiento escolar de los alumnos.

Para esto como ya se ha mencionado antes, es importante desarrollar ciertas competencias que les permitan estar lo mejor preparados y afrontar las situaciones de riesgo y crisis que se puedan presentar.

En el año de 1995, Daniel Goleman da a conocer el término *Inteligencia Emocional*, la define como la capacidad para reconocer las emociones propias y ajenas, y la habilidad para manejarlas. La organiza entorno a cinco capacidades: conocer las emociones propias, manejarlas, reconocerlas, crear la propia motivación, y gestionar las relaciones.

Es así que se considera importante el “enseñar a ser” y la expresión de las emociones debe ser un acto presente en todo proceso educativo, para la formación del individuo. Por ello, se deben propiciar las condiciones adecuadas que fomenten el desarrollo integral.

La sociedad a lo largo de la historia ha sobrevalorado un ideal específico de ser una persona inteligente, la escuela tradicional consideraba a un alumno inteligente cuando era capaz de dominar todas las materias puestas a su disposición.

En la educación actual se tiene que priorizar y responsabilizarse de educar las emociones, a partir del contexto escolar, los educadores resultan ser los principales líderes emocionales de los alumnos, deben tomar en cuenta las habilidades individuales de cada uno de ellos para incentivarlos a que las desarrollen.

Howard Gardner en 1983, propone la Teoría de las *Inteligencias Múltiples*, la cual plantea que las personas desarrollan 8 tipos de inteligencia y que se manifiestan de diferente manera en cada individuo. Puntualiza la idea de que la persona inteligente en una de ellas no lo es necesariamente en todas las demás.

Éstas inteligencias según (Howard Gardner, 2001, p.60) son:

3.3.1 Inteligencia Musical: Es la capacidad de percibir, transformar y expresar las formas musicales. Incluye la sensibilidad del ritmo, el tono y el timbre.

3.3.2 Inteligencia Cinético-Corporal: Es la capacidad para la expresión de ideas y sentimientos, la facilidad en las manos para transformar elementos. Incluye habilidades de coordinación, destreza, equilibrio, flexibilidad, fuerza y velocidad, así como la capacidad kinestésica y la percepción de medidas y volúmenes.

3.3.3 Inteligencia Lógico- Matemática: Es la capacidad para usar los números de manera efectiva y de razonar adecuadamente. Incluye la sensibilidad a los esquemas y relaciones lógicas, las afirmaciones y las proposiciones, las funciones y otras abstracciones relacionadas.

3.3.4 Inteligencia Lingüística: Es la capacidad de usar las palabras de manera efectiva, en forma oral o escrita. Incluye la habilidad en el uso de la sintaxis, la fonética, la semántica y los usos del lenguaje (la retórica, la explicación y el metalenguaje).

3.3.5 Inteligencia Espacial: Permite percibir imágenes externas e internas, recrearlas, transformarlas o modificarlas, recorrer los espacios o hacer que los objetos los recorran y producir o decodificar información gráfica.

3.3.6 Inteligencia Naturalista: Es la capacidad de distinguir, clasificar y utilizar elementos del medio ambiente, objetos, animales o plantas, ya sea del ambiente urbano o rural. Incluye las habilidades de observación, experimentación, reflexión y cuestionamiento del entorno.

En ésta investigación se tomarán en cuenta principalmente éstas dos últimas inteligencias, interpersonal e intrapersonal, por lo tanto, se realizará un análisis más profundo. De todas estas inteligencias, son éstas últimas las que se vinculan estrechamente con la inteligencia emocional.

Dicho de otra manera, la inteligencia emocional está formada por estas dos inteligencias, la inteligencia interpersonal tiende a coincidir con lo que otros autores han denominado inteligencia social (Zirkel, 2000, Topping, Bremmery Holmes, 2000) Mientras que la inteligencia intrapersonal tiende a coincidir con la inteligencia personal (Sternberg, 2000; Hedlund y Sternberg, 2000).

3.3.7 Inteligencia Interpersonal: Es la capacidad de *entender* a los demás e *interactuar* eficazmente con ellos. Incluye la sensibilidad a *expresiones faciales*, *la voz*, los *gestos*, las *posturas* y la *habilidad para responder*.

Las bases de esta inteligencia se encuentran en lo que se ha denominado la Teoría de la Mente, la cual constituye un tipo de actividad cerebral básica que da pie a un conjunto de estados que incluyen ideas que las otras personas tienen,

es decir, estados internos, que son capaces de otorgar significado al lenguaje y a los objetos de nuestro entorno.

Suele ser necesario incluir aspectos de carácter cultural, como las costumbres, las pautas de comportamiento o valores, las cuales aportan significado a los elementos anteriores y al comportamiento individual, la información interpersonal se obtiene de un conjunto de fuentes que incluyen tanto al contexto como al comportamiento de las personas (gestos, movimientos, habla).

La inteligencia interpersonal se fundamenta en uno de los pilares de la adaptación humana: las interacciones sociales, al considerar las características biológicas de los seres humanos, se articula una configuración para la adaptación al entorno físico.

3.3.8 Inteligencia Intrapersonal: Es la capacidad de construir una percepción respecto de sí mismo y dirigir su propia vida. Incluye la *autodisciplina*, la *auto comprensión* y la *autoestima*.

La inteligencia intrapersonal comprende los pensamientos y sentimientos, en la medida en que se puedan concientizar, más sólida será la relación entre el mundo interior y el mundo exterior de la experiencia.

Al hablar de la inteligencia intrapersonal, se exploran formas para alcanzar una mejor comprensión de nosotros mismos, de los deseos y metas de la naturaleza emocional, con el objetivo de planificar las experiencias de manera eficaz basándose en un modelo de comprensión del yo.

Los alumnos suelen demostrar interés por sus experiencias internas y obtienen grandes beneficios cuando participan en diversas actividades de carácter interpersonal, estas actividades incluyen enfoques para el aprendizaje independiente y auto dirigido, es la oportunidad para utilizar su imaginación y la posibilidad de trabajar en espacios tranquilos que les permiten trabajar y al mismo tiempo reflexionar.

Así mismo resulta bueno poder procesar los sentimientos propios, fijar y cumplir metas personales y poder alcanzar el auto conocimiento y la autoestima, se deben formular interrogantes acerca de la vida y las ambiciones personales para encontrar respuestas y otorgar satisfacción a los alumnos.

Con toda esta labor un alumno que ha desarrollado la inteligencia intrapersonal, deberá poseer ciertas características:

- ✓ Conciencia del rango de sus emociones.
- ✓ Encontrar formas para expresar los sentimientos y opiniones adecuadamente.
- ✓ Desarrolla un modelo preciso del yo.
- ✓ Se siente motivado para establecer y lograr objetivos.
- ✓ Es capaz de trabajar de forma independiente.
- ✓ Lleva a cabo un constante proceso de aprendizaje y crecimiento personal.
- ✓ Tiene confianza en los demás.

La educación emocional es una forma de prevención primaria con el apoyo de ciertas competencias emocionales que se pueden aplicar a una multiplicidad de situaciones, en éste caso la situación de enfermedad por la que atraviesan los alumnos en situación hospitalaria.

El propósito de ésta es minimizar la vulnerabilidad de la persona a determinadas situaciones de la vida evitando situaciones destructivas: como la depresión, estrés, ira, ansiedad, entre otras y maximizando las situaciones constructivas: desarrollo de competencias emocionales con el fin de apoyar el desarrollo integral del alumno y su familia.

3.4 Emociones asociadas a la enfermedad

Durante el periodo de hospitalización los alumnos como sus familias experimentan diversas afectaciones emocionales que pueden llegar a repercutir de manera significativa en el rendimiento escolar del alumno como en su vida cotidiana.

Los alumnos están sometidos a una hospitalización, ya sea de corta o larga duración según sea el caso, la cual no solo involucra los procedimientos médicos, sino también todo lo que trae consigo este fenómeno, además de enfrentarse a la ausencia de una vida normal.

Es entonces cuando se derivan ciertas alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo de manera frecuente. El efecto de las enfermedades

crónicas repercute directamente en las esferas biológica, psicológica y social de los individuos.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, lugar donde se llevó a cabo ésta investigación, se observaron diversas afectaciones emocionales en los niños que se encontraban en tratamiento, sin embargo, las más recurrentes fueron; el *estrés*, lo que los llevaba a una constante *irritabilidad*, la *depresión*, *ansiedad* por la incertidumbre que se presentaba frecuentemente debido a la evolución de la enfermedad, el *dolor* tanto corporal como emocional, la *ira*, el *miedo* y la *resiliencia* que presentaron para afrontar el proceso.

A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de las emociones señaladas.

3.4.1 Estrés

El estrés puede afectar a cualquier persona que se sienta preocupada, en este caso son los alumnos que atraviesan por alguna situación hospitalaria además se debe tener en cuenta los factores que causan el estrés, cómo la enfermedad.

Las rutinas y dinámicas familiares cambian de una forma radical cuando se presenta algún caso de enfermedad en algún miembro de la familia lo que puede confundirlos y angustiarlos, experimentan la sensación de pérdida de la vida familiar "normal", y la pérdida de su identidad dentro de la familia.

Existen diversas presiones a menudo que provienen de fuentes externas (la familia, la escuela, el hospital, etc.), pero también pueden surgir de la misma persona. La presión que se imponen puede ser significativa, ya que existe una discrepancia entre lo que se cree que deben estar haciendo y lo que en realidad están haciendo en ese momento de sus vidas.

No siempre es fácil reconocer el estrés en los alumnos, sin embargo, entre las conductas observables se puede notar algunos indicadores como; los cambios de humor, el mal comportamiento y el cambio en los patrones del sueño.

Algunos niños experimentan efectos físicos, por ejemplo; dolor de estómago y de cabeza, otros presentan problemas para concentrarse en cualquier actividad que realicen, los niños de corta edad pueden adoptar nuevos hábitos frente al estrés que presentan, como "chuparse" el dedo, enroscarse el cabello con el

dedo o picar con el dedo la nariz, los niños mayores pueden llegar a mentir, agredir a otras personas o mostrar una conducta defensiva y desafiante frente a los mayores.

A éstas reacciones pueden sumarse las reacciones exageradas a problemas menores y cambios radicales en el desempeño académico.

3.4.2 Depresión

La depresión infantil puede presentarse cuando se diagnostica una enfermedad crónica de corta o larga duración, en algunos casos puede dejar graves secuelas psicológicas en los pacientes que la enfrentan si no es tratada adecuadamente.

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

La mayoría del tiempo el alumno experimenta una tristeza considerable que afecta su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar la vida, la tristeza se convierte en un trastorno emocional: depresión.

Algunos síntomas de la depresión son: tristeza, irritabilidad, llanto fácil, falta de sentido del humor, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, modificación en la conducta alimenticia y peso; hiperactividad, alteraciones en el aprendizaje y en el ámbito social, agresión, frustración, miedo a la muerte, pérdida de satisfacción en aquellas actividades que antes le satisfacían, hostilidad hacia familiares, personal médico, compañeros, maestros, etc.

La edad de aparición de la enfermedad se considera un factor determinante para la manifestación de secuelas psicológicas, a menor edad, mayor capacidad de adaptación a los cambios y demandas de la enfermedad. El proceso de adaptación a la enfermedad se convierte en otro de los factores que influyen en la forma de afrontar la depresión.

Muchas de las manifestaciones afectivas que aparecen, principalmente los estados depresivos, no son por causa de la enfermedad, sino de sus

consecuencias, tales como, las restricciones en actividades físicas o de juego, la imposición de un régimen alimenticio o de medicamento, el cambio de imagen, debido a la pérdida de cabello o de peso corporal según sea la enfermedad que padecen, la pérdida de la rutina diaria como la asistencia a clase o la convivencia con sus compañeros debido a las constantes visitas médicas u hospitalizaciones.

3.4.3 Ansiedad

La ansiedad se presenta tanto en los alumnos como en los padres debido a la constante incertidumbre a la que están expuestos, la evolución de la enfermedad hace que atraviesen distintas etapas durante el proceso.

La preocupación y el miedo pueden llegar a ser tan intensos que les impide hacer sus tareas cotidianas o llevar una vida normal.

3.4.4 Dolor

El dolor puede presentarse de dos formas: emocional y corporal, el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociado a un mal presente. El dolor puede considerarse como aquello que afecta al cuerpo.

El dolor tiene un componente afectivo-emocional el cual lleva al niño a vivir estados tales como la ansiedad y depresión.

Desde un punto de vista antropológico la experiencia de dolor va de la mano con el sufrimiento, se convierten en uno ya que confluyen todas las dimensiones humanas, la biológica, la social, la psicológica y la espiritual.

Dolor: Es aquello que afecta al cuerpo.

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

3.4.5 Ira

Es el conjunto de sentimientos negativos que genera enojo e indignación, resulta ser una cuestión interna de las personas, el significado que cada persona tiene de la ira es distinto y depende de la situación por la que esté atravesando.

La ira se encuentra íntimamente ligada a la frustración, dado que surge como la imposibilidad de resolver algo, aparece como respuesta a un suceso negativo o un conflicto que tenga lugar en el presente.

Algunos alumnos en condición hospitalaria suelen presentar éste conflicto emocional continuamente, se presenta debido a un factor importante que se menciona anteriormente; la frustración, al sentirse incapaces de seguir con su vida normal y al no poder hacer lo que otros niños hacen debido a su condición de hospitalización.

Generalmente tanto ellos como sus familias lo presentan en las primeras etapas de evolución de la enfermedad, la negación, al no pensar que les fuera a suceder esa situación nunca y el rechazo, al no aceptar la enfermedad, las limitaciones que conlleva, ni la nueva situación que alterará su vida.

3.4.6 Resiliencia

Es la capacidad del ser humano para superar situaciones adversas e incluso salir reforzado de ellas.

“Las grandes experiencias de la vida humana deben ser preparadas y aceptadas, siendo necesario un itinerario pedagógico adecuado para entrenar a las personas y ayudarlas cuando éstas experiencias se presenten” (Boixareu, 2008, p.246).

Es decir, tanto alumno como padres de familia deben aprender a aprovechar todas aquellas experiencias de enfermedad, sufrimiento, muerte, etc. para hacer de ellas una sabia interpretación y salir delante de ese proceso conflictivo que los perturba en ese momento de sus vidas.

3.5 La importancia de la Educación Emocional en el proceso de aprendizaje

Como ya se ha mencionado antes en el contexto hospitalario diversas emociones que se presentan derivadas de la enfermedad que padecen, pueden afectar de manera significativa el aprovechamiento escolar de los alumnos.

Los trastornos dependerán del contexto en el que se lleve a cabo el proceso educativo, en el hospital y área en donde se realizó ésta investigación (Hospital Infantil de México Federico Gómez) se les brinda atención médica a pacientes con padecimientos hematológicos y oncológicos, es decir, las enfermedades que padecen son crónicas y, en algunos casos, de larga duración.

En caso de las enfermedades de carácter oncológico se hace referencia al cáncer, entre las enfermedades más comunes se encuentran la leucemia, los linfomas y los tumores cerebrales, en el aspecto hematológico se refiere a las enfermedades relacionadas con la sangre.

Es importante mencionar esto ya que los alumnos no solo sufren trastornos emocionales que afectan su rendimiento escolar, sino también atraviesan por trastornos neurológicos que pueden ser pasajeros o permanentes, según la gravedad de su enfermedad, éstos trastornos pueden ser cognitivos, de lenguaje, memoria, percepción, motrices y se incluye aquí nuevamente la esfera emocional.

Algunas veces la enfermedad y el tratamiento dejan secuelas significativas que pueden provocar importantes dificultades de aprendizaje: es el caso de los niños con éste tipo de padecimientos oncológicos.

Las necesidades educativas especiales de estos niños pueden llegar a ser permanentes y en algunos casos graves, están derivadas de los déficits sensoriales, motores, intelectuales y afectivos producidos por la enfermedad y su tratamiento.

3.5.1 A continuación, se presenta una tabla en dónde se explica las afectaciones de los trastornos neurológicos en los alumnos.

Auditivos.	Visuales.	Motores.	Atención- memoria y procesos cognitivos.	Lenguaje.	Emocionales.
*Sorderas perceptivas uni o bilaterales	*Cegueras totales o parciales. *Alteraciones en motricidad de los ojos. * Nistagmo (Movimiento involuntario de los ojos).	*Espasticidad. (Músculos contraídos permanentemente). *Ataxia. (Falta de control de movimientos musculares).	*Perturbaciones de la atención. * Somnolencia. *Torpeza mental. *Dificultades en los procesos de memorización.	*Afasia. (Dificultad para comunicarse). *Disartrias. (Dificultad para mover los músculos de la boca y cara). *Mutismo. (Silencio total).	*Nebulosidad mental. *Problemas de autoestima y habilidades sociales y emocionales.

3.5.2 ¿Cómo afectan los trastornos emocionales a los actores que convergen en el contexto hospitalario; alumnos, padres de familia, escuela y docentes?

	Alumnos.	Padres.	Escuela.	Docentes.
Problemas académicos.	*Rezago educativo. *Preocupación por el trabajo escolar. *Problemas externos (somnolencia, falta de concentración, etc.	*Retraso escolar de los hijos. *Priorizar la salud.	*Ausencias forzadas por largos periodos de tiempo. *Consultas frecuentes. *Apatía de padres y alumnos.	*Dificultades en el proceso de enseñanza. *Falta de competencias necesarias. *Falta de materiales adecuados para la práctica.
Problemas emocionales.	*Preocupación por la apariencia física. *Conductas negativas. -irritabilidad. Desconfianza. Agresión.	*Apatía. (Desinterés) *Desconfianza. *Constante incertidumbre y estrés a los que se encuentran sometidos.	*****	*Desmotivación a causa de la apatía (padres y alumnos). *Conductas negativas de alumnos. *Emociones derivadas de las situaciones que viven con los alumnos.

A partir de éstos trastornos mencionados anteriormente y las afectaciones emocionales que provocan resulta la importancia de incluir la esfera emocional en el aspecto educativo poniendo en práctica el perfeccionamiento y las competencias o habilidades emocionales, a través de estrategias didácticas adecuadas que contribuyan al logro de objetivos específicos.

La importancia e interés de la educación emocional en el contexto hospitalario radica en que ayuda al alumno a conocerse a sí mismo por medio de la inteligencia intrapersonal, tener dominio sobre su carácter, para lograr desarrollar la inteligencia interpersonal y poder relacionarse con todos aquellos que están a su alrededor; médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, asistentes médicos, docentes, padres de familia, compañeros de clase, por mencionar algunos.

Cabe señalar que la educación emocional como proceso educativo, continuo y permanente, permite potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial para el desarrollo humano, con el objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social.

Además de que permite adquirir un mejor conocimiento y manejo de las emociones, desarrolla habilidades para poder regular las mismas y generar emociones positivas y automotivación, previniendo los efectos nocivos de las emociones negativas derivadas de su situación de enfermedad.

Aunque se habla principalmente del alumno no puede ignorarse el hecho de que tanto padres como docentes, deben conocer de igual forma sus emociones y sentimientos, intentando comprender el estado emocional de los alumnos e hijos y tratar de ayudar a afrontar las situaciones por las que atraviesan.

Si se consigue lograr los objetivos propuestos, la educación emocional resultará una estrategia eficiente para lograr preparar personas emocionalmente inteligentes con la capacidad de asumir los aspectos positivos de las situaciones y enfrentar los aspectos negativos de una mejor manera y poder sobre llevar de una manera más afable el proceso de la enfermedad.

CAPÍTULO 4. INFANCIA Y FAMILIA

4.1 La infancia

La infancia es la segunda de las etapas dentro del desarrollo del ser humano, es posterior a la etapa o fase prenatal y precede a la etapa de la niñez. Algunos autores como Philip Rice (1997) hacen alusión a tres periodos o fases en las que evoluciona el desarrollo del niño físicamente y mentalmente:

1. Periodo neonatal.

Ésta etapa hace referencia al primer mes después del nacimiento el Periodo Neonatal, algunas características físicas que presenta el niño son que cuenta con un peso aproximado de 3 kilos, su cabeza es algo desproporcionada en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo.

Durante éste Periodo Neonatal se manifiestan algunos cambios y progresos por ejemplo; aparecen los primeros reflejos, como la succión del pecho materno y reacción de sonidos fuertes, realiza movimientos espontáneos e indiferenciados: agita y retuerce su cuerpo, mueve brazos y piernas, etc., presenta reacciones emocionales indiscriminadas de agitación y excitación por una pérdida del equilibrio del organismo y por estímulos agradables y desagradables.

2. Periodo de desarrollo de la infancia.

En los primeros años de la etapa de la infancia tras el periodo neonatal, el niño comienza a tener interés de ejercitar sus órganos sensoriales, movimientos y lenguaje, manipula de forma repetida los objetos que se encuentran a su alcance. A través de éste aprendizaje en los tres primeros años el niño adquiere capacidades básicas como manejar sus manos, desarrollar fuerza suficiente para ponerse de pie, caminar, hablar y poder desplazarse por su propio medio.

3. Periodo de la niñez.

La Niñez es considerada como la tercera etapa del desarrollo del ser humano, es posterior a la infancia y precede a la adolescencia, normalmente esta etapa del crecimiento de la vida humana se sitúa entre los 6 y 12 años. Esta etapa coincide con la escolarización o ingreso del niño en la escuela, lo que significa la convivencia con otros niños de su misma edad.

Las exigencias del aprendizaje escolar estimulan el desarrollo de sus funciones cognoscitivas, es decir, la capacidad de conocer, la percepción, la memoria y el razonamiento.

También en ésta etapa del crecimiento se desarrolla su pensamiento lógico, aprendiendo a controlar la imaginación que impera en la infancia, el niño se vuelve más objetivo y desarrolla la capacidad de ver la realidad tal como es y no como la imaginaba.

4.2 Características de la etapa de la infancia:

- El contacto con otros niños influye en su proceso de socialización y en la adquisición de capacidades de relación con los demás.
- El niño desarrolla capacidades cognoscitivas como la percepción, memoria y el razonamiento.
- En esta etapa también se adquieren el sentido del deber, el respeto y la empatía hacia los demás.
- Se desarrolla su pensamiento lógico y su capacidad de distinguir entre realidad e imaginación.

Los niños y niñas que se encuentran en esta etapa de desarrollo cognitivo regularmente muestran un comportamiento egocéntrico en el que la principal división conceptual que existe es la que separa las ideas de "yo" y de "entorno".

Jean Piaget (1920) plantea 4 etapas que definen el desarrollo en los niños:

4.2.1 Etapa Sensorio Motora (0-2 años)

Éste estadio de desarrollo del niño se caracteriza por la comprensión que hace del mundo, coordinando la experiencia sensorial con la acción física. En este periodo se produce un avance desde los reflejos innatos. Los niños a esta edad tienen preferencia por estímulos coloridos, con brillo, con movimiento y contraste.

Construyen esquemas intentando repetir un suceso con su propio cuerpo, por ejemplo, hacer ruido al golpear algo, tirar un objeto, tratar de conseguir un objeto, etc. A ésta edad, los niños repiten sucesos al azar, experimentando a través de

su propio cuerpo, además de que comienzan con el primer contacto con el lenguaje

4.2.2 Etapa pre operacional (2- 7 años)

Los niños desarrollan la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, actuar y jugar siguiendo roles ficticios y utilizar objetos de carácter simbólico. Sin embargo, el **egocentrismo** mencionado anteriormente sigue estando presente en esta etapa, lo cual puede provocar dificultades para acceder a pensamientos y reflexiones de tipo relativamente abstracto.

En ésta etapa aún no se ha desarrollado la capacidad para manipular información siguiendo la lógica para extraer conclusiones válidas, tampoco se pueden realizar operaciones mentales complejas típicas de la vida adulta, el pensamiento se basa en asociaciones simples y arbitrarias está muy presente en la manera de interiorizar la información acerca de cómo funciona el mundo.

4.2.3 Etapa de las operaciones concretas (7-12 años)

En ésta etapa de desarrollo cognitivo el niño comienza a usar la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas, los sistemas de categorías para clasificar aspectos de la realidad se vuelven notablemente más complejos en esta etapa, y el estilo de pensamiento deja de ser tan marcadamente egocéntrico.

De los principales síntomas que muestra el niño al atravesar por esta etapa es la capacidad de deducción acerca de las cosas.

4.2.4 Etapa de las operaciones formales (12- en adelante)

La fase de las operaciones formales es la última de las etapas de desarrollo cognitivo propuestas por Piaget.

Es en éste período se desarrolla la capacidad para utilizar la lógica y llegar a conclusiones abstractas que no están ligadas a casos concretos que se han experimentado propiamente. Por tanto, a partir de este momento es posible pensar, analizar y manipular esquemas de pensamiento.

4.3 Cambios físicos.

Durante la infancia, el cuerpo del niño suele duplicar su peso, crece entre cinco y ocho centímetros por año, el crecimiento físico del cuerpo es más rápido durante los tres primeros años que durante el resto de la vida de un ser humano.

Por tratarse de un periodo de crecimiento, la alimentación durante la infancia resulta fundamental como lo menciona Françoise Dolto (1977) la alimentación será un factor determinante en el crecimiento y los cambios físicos que desarrollarán los niños, es importante que lleven una dieta adecuada y balanceada.

Los niños que padecen una enfermedad crónica no se desarrollan físicamente como un niño “normal” su dieta alimenticia es variada y por lo regular está controlada por los médicos, de ésta dieta depende que ellos se mantengan “estables” durante el tratamiento, si no se sigue de forma adecuada, las consecuencias pueden ser graves.

Al no tener una alimentación normal el desarrollo físico no se logra plenamente, incluso algunas veces el medicamento que se les suministra o la enfermedad que padecen retrasan de manera significativa el desarrollo físico del niño cabe mencionar que no aplica en todos los casos.

4.4 La familia

4.4.1 Concepto

La familia es el primer ámbito social dónde se desenvuelve el ser humano, es aquí donde aprende los primeros valores, principios y nociones de la vida. Es un grupo social con una base afectiva donde conviven personas unidas por lazos afectivos y genéticos.

La familia es la célula básica de la sociedad, puesto que las civilizaciones nacieron con alguna forma de organización familiar, que fue evolucionando a través del tiempo en la humanidad.

Los seres humanos en su conformación como entes sociales han estructurado ligas de relaciones que han permitido no sólo su supervivencia, sino también la posibilidad de conformar y

desarrollar las sociedades como existen en la actualidad. En estas sociedades los individuos desarrollan sus vidas en grupos familiares, compuestos a partir de sistemas de parentesco, culturales, políticos y económicos, entre otros. (Gutiérrez Capulín, R. et al., 2015).

Algunos conceptos de familia según distintos autores:

Humberto Maturana define la familia como:

El lugar social del amor una unidad fundamental de convivencia entre un grupo de adultos y niños, un espacio donde podemos experimentar simultáneamente al sentirnos amados, protegidos y pertenecientes; un espacio social que debiera permitir al individuo el desarrollo de la capacidad de discernir responsablemente y acceder a una escala de valores para enfrentar los acontecimientos de la vida. (Maturana, H.,2006, p.31).

De acuerdo con su definición etimológica:

El término familia procede del latín *famīlia*, “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de *famŭlus*, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del *pater familias*, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens (Enciclopedia Británica, 2009, p.2).

Velasco Campos y Sinibaldi Gómez (2001), citan a Levis-Strauss (1981), y mencionan que “la familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad” por el hecho de ser la institución o grupo donde los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento”.

Por tanto se puede definir a la familia como el núcleo social que rodea y acompaña al individuo en sus primeros años, en dónde se realizan diversas acciones cotidianas dentro de un espacio que se encuentra en constante transformación e influencia sobre las relaciones sociales. Se transmite de generación en generación, pero se va actualizando.

La familia es un factor de influencia importante en la vida del alumno, ya que éste actúa de acuerdo a sus creencias y valores que aprendió en el entorno

familiar, de manera indirecta los aprendizajes surgen de manera implícita en el día a día.

4.4.2 Tipos de familia

De acuerdo con la Enciclopedia Británica en español (2009) se identifican los tres tipos de familia generales:

- ✓ **La familia nuclear clásica:** Está compuesta por el padre, la madre y los hijos biológicos.
- ✓ **La familia monoparental.** Es cuando el hijo(s) vive sólo con uno de los padres.
- ✓ **La familia extensa / compleja.** Abarca todos aquellos familiares fuera de la familia conyugal, es decir parientes de otras generaciones como abuelos, bisabuelos, primos, tíos, parientes no consanguíneos como hijos adoptivos, medios hermanos, etc.

Aunque es importante decir que las familias evolucionan a través del tiempo como se mencionó anteriormente, en la actualidad existe una diversidad de familias dentro de la sociedad, tomando en cuenta la inclusión social actual se reconocen nuevos tipos de familias:

- ✓ **La familia homoparental:** Son parejas homosexuales, transgénero y transexuales.
- ✓ **La familia adoptiva:** Parejas que deciden adoptar.
- ✓ **La familia con padres y madres de diferentes etnias y culturas.**
- ✓ **La familia con padres y madres divorciadas o separadas.**
- ✓ **La familia reconstituida a partir de anteriores matrimonios.**
- ✓ **La familia sin hijos:** Parejas sin hijos.

4.4.3 La familia frente a la enfermedad

La familia se convierte en parte fundamental en la práctica médica, la salud tiene una estrecha relación con la familia, para tener claro esta relación es importante comprender el concepto de familia y a qué tipo de familia nos estamos refiriendo ya que es en donde el paciente se crió y lo que determinará el comportamiento ante las situaciones que enfrentará durante el proceso de enfermedad.

Cuando se habla de enfermedad se puede emplear dos conceptos clave; las enfermedades normativas y las no normativas, se entiende por enfermedades normativas cómo lo que está predestinado a ser, por ejemplo; cuando una persona de edad avanzada pierde la vida, la familia no se desestructura ya que se puede tomar como “algo que tarde o temprano tenía que suceder”.

Por otro lado, la enfermedad no normativa es la que resulta inesperada y la que tiene un fuerte impacto emocional dentro del núcleo familiar; por ejemplo, cuando un joven o un niño pierde la vida, la familia experimenta un intenso dolor que los abruma, ya que se experimenta la pérdida “antes de que llegara el momento” por ésta situación cuando una familia atraviesa por un caso de enfermedad grave en un niño se paraliza.

Sin embargo, desde otra perspectiva la familia puede fortalecerse a causa de la enfermedad, algunos terapeutas familiares han reconocido que en algunos casos la enfermedad puede llegar a estabilizar la estructura de algunas familias.

En los casos de enfermedad la familia se convierte en una red de lazos emocionales capaces de ayudar a los alumnos a sobrellevar la situación de una mejor manera, éstos lazos se sustentan en su cultura y en su lugar de crecimiento familiar e individual.

En algunos casos los tratamientos de las enfermedades graves pueden llegar a salvar la vida del paciente, pero pueden causar un daño irreversible a la familia ya que durante el proceso se encuentran expuestos a tensiones psicosociales, es decir, no están preparados para afrontar la enfermedad, se encuentran en constante incertidumbre y estrés, éstas tensiones incluso pueden llegar a igualar las tensiones físicas que esté experimentando el paciente.

Cuando se da un diagnóstico de alguna enfermedad crónica todos los miembros de la familia resultan afectados, algunas logran adaptarse con éxito a la enfermedad y superan la crisis que ésta provoca.

Considerando la influencia de los factores familiares en las enfermedades crónicas autores como Mary Elizabeth Horan y Peter Steinglass (2011) observan distintas perspectivas acerca de las funciones de la familia.

1. **La familia comodidades recurso:** La familia se contempla como fuente primaria de ayuda social, funciona como una protección para fortalecer la resistencia a la enfermedad y que su paciente cumpla con el tratamiento.
2. **La familia psicossomática:** Resulta ser un modelo deficitario, ya que la familia se observa como una potencial desventaja, contribuye a que se tenga un curso desfavorable de la enfermedad y no se cumpla con el tratamiento.
3. **Efectos de la enfermedad sobre la familia:** Se destacan los efectos que tiene la enfermedad sobre la familia y cómo influyen los factores en el comienzo y curso del problema.
4. **Influencia de la familia en el curso de una enfermedad crónica:**
Esta perspectiva es más sistémica, ya que toma en cuenta la interacción y el comportamiento de la familia y cómo éstas pueden tener una influencia positiva o negativa en el curso de la enfermedad.

Las familias están sometidas a ciclos de *ajuste-crisis-adaptación* en respuesta a los cambios de la enfermedad.

Modelo sistémico de la enfermedad.

La teoría sistémica de la familia destaca sobre todo la interacción y el contexto, la función y disfunción se definen en relación al ajuste del paciente y de su familia a su contexto social y las demandas psicosociales de la enfermedad.

En los casos de enfermedad, afecciones crónicas y el riesgo de vida, el foco principal es el sistema creado por la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y otros sistemas que se relacionan.

Engel (1977) menciona que la familia, la comunidad, la cultura, la nación y el ecosistema total, tienen relación para considerar a la familia como el punto central, ya que, desde el punto de vista clínico, la familia es el medio que ayuda a examinar los otros ecosistemas.

Análisis de la dinámica familiar en las enfermedades crónicas: componentes del funcionamiento familiar.

Los modelos sistémicos de funcionamiento familiar incluyen conceptos de organización, es decir, roles, jerarquías, límites, adaptabilidad, flexibilidad y

cohesión, éstos modelos se inspiran en el supuesto que las familias se enfrentan a tres tipos de retos o tareas vitales: las básicas, que se refieren a tener una vivienda y proveerse de alimentos, de desarrollo, deben estar preparados para los acontecimientos inesperados como la enfermedad o alguna discapacidad y el lado afectivo que engloba tanto las tareas básicas como las de desarrollo.

Para poder realizar una evaluación familiar en un modelo sistémico de la enfermedad se tiene que basar en cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar:

1. Las pautas estructurales u organizativas de la familia.
2. Los procesos de comunicación.
3. Los sistemas de creencia de la familia.
4. Las pautas multigeneracionales y el ciclo de vida familiar.

Sin embargo, todas las familias tienen áreas de relativa fortaleza y de vulnerabilidad, así que la adaptación de las familias a padecimientos crónicos puede variar, algunas enfermedades y fases temporales pueden sacar a flote los puntos débiles y fuertes de la familia.

“La adaptabilidad familiar es uno de los requisitos principales para un buen funcionamiento del sistema familiar” (Olson, Rosell y Sprenkle, 1989).

La habilidad de una familia para poder adaptarse a las distintas situaciones o a las circunstancias depende del desarrollo del ciclo de vida que se complementa con sus valores, tradiciones y normas de comportamiento.

Éstos complementos son entendidos como *cultura* ya que la familia experimenta relaciones, convivencia e intercambio de distintos significados que están sujetos a interpretaciones y se constituyen dentro del entorno donde se desenvuelven.

La capacidad de adaptación de las familias se va desarrollando acorde a las fases de la enfermedad. Cada fase de una enfermedad crónica tiene demandas específicas que le exigen a la familia fortalezas, actitudes y cambios en el transcurso.

La enfermedad atraviesa por tres fases:

4.4.4 Fase de crisis.

La fase de crisis comienza con un periodo sintomático anterior al diagnóstico, el paciente o la familia intuyen que algo no está bien, cuando se realiza un examen rutinario se experimenta el comienzo de la fase de crisis.

Ésta fase abarca el periodo de readaptación y enfrentamiento del problema, tras haber sido diagnosticado y realizar un plan inicial de tratamiento, la familia necesita que se le asegure que la enfermedad será tratada con todo lo que se tenga al alcance por parte de los médicos.

Durante esta fase se espera que la familia y el paciente realicen algunas tareas como aprender a verse a sí mismos y al problema que están a punto de enfrentar, desde un lente de orientación sistémica, es decir, que se permitan experimentar una sensación de control y efectividad de que harán frente a la enfermedad con la mejor disposición posible tratando de atender todas las variables.

Además, la familia debe lograr comprender la enfermedad y todo lo que implica para que puedan tener una idea de su curso y todo lo que tendrán que realizar para afrontarlo.

Otro aspecto es que puedan crear un significado para la enfermedad que les ayude a preservar su sentimiento de dominio y de capacidad.

Rudolf Moss (1984) describe ciertas tareas que pueden ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad de la mejor forma posible:

- ✓ Aprender a lidiar con el dolor, la discapacidad u otros síntomas.
- ✓ Adaptarse a los ámbitos hospitalarios y a los procedimientos de los tratamientos ligados a la enfermedad.
- ✓ Establecer y mantener relaciones positivas con los equipos de atención sanitaria.

4.4.5 Fase crónica.

La fase crónica puede ser corta o larga según sea el caso, es el lapso que transcurre entre el diagnóstico inicial, el periodo de adaptación y la fase terminal y cuando predominan las cuestiones relativas a la muerte y a la agonía. Éste periodo se caracteriza por constantes cambios.

En éste periodo la tarea clave que la familia tiene que realizar es tratar de llevar una vida “normal” bajo las condiciones “anormales” que presenta la enfermedad y la incertidumbre.

4.4.6 Fase terminal.

Ésta última fase no se hace presente en todos los casos, pero cuando se presenta incluye la etapa pre-terminal de la enfermedad en la que la muerte se hace visible y domina la vida familiar, ésta etapa comprende los periodos de duelo y elaboración de la pérdida además de la reanudación de la vida de la familia después de la pérdida.

4.4.7 La influencia de la familia en el proceso de aprendizaje

En la familia comienzan los inicios del aprendizaje del niño, pues conforme va creciendo, necesita un desarrollo integral que abarque lo cognitivo, afectivo y social. Una estimulación adecuada dentro de la familia, puede lograr un desarrollo integral en el alumno.

Los padres además de tener como responsabilidad primordial las necesidades básicas como; la alimentación, salud, vestimenta, vivienda, educación, amor y atención, deben dar un apoyo en el proceso educativo de las distintas etapas de los hijos.

La familia se constituye en un espacio social que rodea al alumno en sus primeros años, se realizan diversas acciones cotidianas dentro de la familia, es un espacio que se encuentra en constante transformación e influencia sobre las relaciones sociales. Se transmite de generación en generación, pero se va actualizando.

En el contexto educativo la familia es un factor de influencia importante en la vida académica del alumno, ya que éste actúa de acuerdo a sus creencias y valores que aprendió en el entorno familiar de manera indirecta los aprendizajes surgen de manera implícita en el día a día.

Por estas razones la familia se convierte en un factor clave para el alumno en el contexto hospitalario ya que es el acompañamiento que el alumno necesita para lograr progresar en su situación escolar y emocional.

La intervención familiar es fundamental en el proceso de enfermedad, pero es necesario que ellos al igual que sus hijos puedan tener apertura emocional y favorecer con ello la manera de sobrellevar el proceso y la recuperación en un clima más afable para ellos y para el alumno, dada su condición educativa.

CAPÍTULO 5. TALLER DE JUEGO Y ARTE COMO APOYO AL MANEJO DE LAS EMOCIONES Y LA CONSTRUCCIÓN DE APRENDIZAJES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN CONDICIÓN HOSPITALARIA, ASÍ COMO A LA FAMILIA QUE LOS ACOMPAÑA

En el contexto hospitalario día con día se experimentan diversas situaciones emocionales y de aprendizaje cambiantes con base a la situación que atraviesan alumnos y padres en determinado momento, para poder intervenir y brindar una atención educativa adecuada deben detectarse las necesidades educativas y emocionales que cada alumno tiene y de ésta manera realizar una Intervención óptima.

Es importante conocer las condiciones generales en las que se encuentran alumnos y familiares, en el caso de los alumnos; enfermedades que padecen, su estado de salud, posibilidades tanto físicas como intelectuales, en el caso de los padres; la disponibilidad con la que cuenten y el interés que les genere, de ésta manera será más fácil determinar el impacto emocional que están teniendo y poder crear las condiciones necesarias para brindarles orientación y atención con el fin de que puedan sobrellevar su enfermedad de la mejor manera, siendo éste un fin de la Pedagogía Hospitalaria.

La condición hospitalaria en la que se encuentran los alumnos resulta ser una interrupción inesperada en su vida cotidiana, tanto en el aspecto social como en el escolar, el alumno como su familia se ven obligados a abandonar sus actividades diarias para ingresar a un entorno desconocido para ellos (hospital).

Ésta situación como se ha mencionado anteriormente puede causar ciertos trastornos tanto emocionales como de aprendizaje que los afectarán de manera inminente a lo largo de su vida si no se les brinda la atención que requieren.

Además, se hace presente el rezago escolar, derivado de esta situación que afecta al alumno de manera directa y le provoca serios problemas de autoestima al enfrentar la ausencia de una vida normal.

Por esta razón surge el interés de realizar una estrategia de intervención por medio de un taller educativo que atienda estos aspectos que ponen en riesgo la formación integral del alumno, que pueda contribuir a sobrellevar el proceso de

hospitalización de una manera más afable, y que pueda desarrollar habilidades emocionales que permitan mejorar su aprendizaje, así como la calidad de vida tanto de ellos como de sus familias.

Las actividades lúdicas planteadas en éste taller estarán dirigidas a mejorar la situación personal, afectiva, social y educativa del alumno y servirán de apoyo a las familias durante el proceso.

El arte proporciona herramientas para llevar a cabo una educación integral en la escuela, ayuda a desarrollar las relaciones interpersonales, es decir tener una buena comunicación con los demás, la autoestima, tener una imagen positiva de sí mismo; estar satisfecho con sí mismo y el autoconocimiento, además de ser un posible medio para expresar las emociones negativas que pueden estar suprimiendo, ser de ayuda para canalizarlas y evitar posibles situaciones destructivas.

Mientras que el juego como actividad natural, libre y espontánea, actúa como elemento de equilibrio en cualquier edad ya que cuenta con un carácter universal, pues atraviesa toda la existencia humana que necesita de la lúdica en todo momento como parte esencial de su desarrollo; la lúdica es una opción que contribuye en la expresión, la creatividad, la interacción y el aprendizaje de los alumnos.

Cuando estas dinámicas del juego y arte aparecen en los espacios de aprendizaje pueden transformar el ambiente de una manera significativa.

5.1 ¿Qué es un taller educativo?

Según, María Inés Maceratesi (1999) un taller consiste en la reunión de un grupo de personas que desarrollan funciones o papeles comunes o similares, para estudiar y analizar problemas y producir soluciones de conjunto.

El taller es una estrategia en donde se llevan a cabo actividades como; trabajo de grupo en sesiones generales y la elaboración y presentación de éstos trabajos, entre las ventajas de llevar a cabo un taller se encuentran; el desarrollo la habilidad mental para comprender procesos, determinar causas y plantear soluciones prácticas, estimula el trabajo cooperativo, prepara para el trabajo en grupo, ejercita la creatividad y la iniciativa.

Para llevar a cabo el taller de una manera más óptima es recomendable trabajar con grupos pequeños, aunque conlleva a ser manejado por uno o dos líderes, para llevar a cabo éste es necesario poseer conocimientos necesarios sobre el tema a tratar.

El taller construye al participante, es decir, es un modo de organizar la actividad que favorece la participación y propicia que se comparta en el grupo lo aprendido individualmente, estimulando las relaciones con los demás.

El papel que desempeña el docente o la persona que lo lleva a cabo consiste en orientar el proceso, asesorar, facilitar información y recursos, etc., a los sujetos protagonistas de éste.

A continuación, se presentan distintas definiciones del taller educativo según autores citados en el libro: *El taller educativo* de Arnobio Maya Betancourt (2014).

Nidia Aylwin De Barros Y Jorge Gissi Bustos De Barros: El taller es una nueva forma pedagógica que pretende lograr la integración de teoría y práctica a través de una instancia que llegue al alumno con su futuro campo de acción y lo haga empezar a conocer su realidad objetiva.

“El taller es concebido como un equipo de trabajo, formado generalmente por un docente y un grupo de alumnos en el cual cada uno de los integrantes hace su aporte específico” (Aylwin, N. y Gissi, J., 2014).

Para **Gloria Mirebant Perozo** un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se planteen y el tipo de asignatura que los organice. Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre.

Teresa Prozecauski El taller es una realidad compleja que, si bien privilegia el aspecto del trabajo en terreno, complementado así los cursos teóricos, debe integrar en un solo esfuerzo tres instancias básicas: un servicio de terreno, un proceso pedagógico y una instancia teórica- práctica

María Teresa Gonzales Cuberes “Me refiero al taller como tiempo- espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir

y el hacer. Como el lugar para la participación, el aprendizaje y la práctica “ (Gonzales, M. 2014).

Según Ander Egg (1999) existen 3 tipos de taller:

1. **Taller Total:** Docentes y alumnos participan activamente en un proyecto, Este es aplicado o desarrollado en niveles universitarios, superiores y programas completos.
2. **Taller Horizontal:** Engloba profesores y estudiantes que se encuentran en un mismo nivel u año de estudios. Este es aplicado o desarrollado en niveles primarios y secundarios.
3. **Taller Vertical:** Abarca todos los cursos sin importar el nivel o el año; éstos se integran para desarrollar un trabajo o proyecto común y es aplicado o desarrollado en niveles primarios y secundarios.

Ander Egg (1999) plantea dos objetivos del taller educativo:

- ✓ Formar a un individuo como profesional o técnico para que este adquiera los conocimientos necesarios en el momento de actuar en el campo técnico o profesional de su carrera.
- ✓ Que el individuo adquiera habilidades y destrezas técnicas y metodológicas que pueden ser o no aplicadas en disciplinas científicas, practicas supervisadas o profesionales.

Para este mismo autor deben considerarse ciertos aspectos importantes antes de planear o elaborar un taller:

- ✓ Información sobre el contexto en el que se aplicará y si éste se ajusta al centro educativo.
- ✓ Los destinatarios, es decir, a qué grupo de personas se aplicará el taller.
- ✓ Lugar dónde se llevará a cabo.
- ✓ Conocer los materiales disponibles con los que cuenta cada lugar para el desarrollo del taller.
- ✓ Aspectos generales de los participantes como: edad, intereses, posibles problemas, su entorno familiar y su lugar de procedencia por mencionar algunas.

- ✓ Aspectos del lugar donde se llevará a cabo: recursos técnicos y materiales con los que se cuenta.

Para que se pueda tener éxito en el desarrollo del taller, éste debe estar claramente estructurado y para su planificación se debe tener en cuenta aspectos como:

>Las particularidades del docente y los alumnos que llevaran a cabo dicha experiencia.

>El nivel de participación de los miembros.

>Un diagnóstico o análisis previo para la planeación y organización del taller para lograr un buen funcionamiento.

Tomando en cuenta los aspectos mencionados anteriormente se contribuye a que el taller logre los objetivos planteados.

5.2 El juego educativo

El juego ha sido una de las pocas actividades que ha prevalecido a través del tiempo, pareciera que ha estado desde los primeros momentos de la humanidad considerado como una actividad generalizada y de carácter universal, esencial y básica en el dinamismo del individuo, común a todas las razas, en todas las épocas y para todas las condiciones de vida.

Puede considerarse como ejercicio de aprendizaje, el juego es entretenimiento que propicia conocimiento, a la par que produce satisfacción, en este sentido el juego favorece y estimula las cualidades en los niños y en las niñas como son: el dominio de sí mismo, la honradez, la seguridad, la atención, es decir, se concentra en lo que hace, la reflexión, la búsqueda de alternativas, el respeto por las reglas, la creatividad, la curiosidad, la imaginación, la iniciativa, el sentido común y la solidaridad con sus compañeros y con su grupo.

El juego en el niño regularmente tiende a la representación, crea imágenes mentales de acuerdo a sus experiencias, a la simbolización, asocia y da un significado y a la abstracción, es decir, le da una función concreta al objeto o situación que se le presenta según Wallon (1987), el proceso de los primeros

movimientos del niño deviene en juegos y más tarde en simbolismos y abstracciones.

El juego facilita el esfuerzo para internalizar los conocimientos de manera significativa, estos conocimientos pueden favorecer el crecimiento biológico, mental, emocional y social de los alumnos a la vez que les propicia un desarrollo integral y significativo.

El juego puede favorecer el aprendizaje en todas las áreas del desarrollo del alumno:

Sensorial → Sentidos y percepción.

Motricidad → Motricidad fina: la coordinación de los movimientos musculares pequeños que ocurren en partes del cuerpo como: los dedos, muñecas, labios, lengua, etc.

Motricidad gruesa: habilidad para mover los músculos del cuerpo, equilibrio, agilidad, fuerza y velocidad de los movimientos.

Cognición → Memoria, atención y procesamiento lógico.

Comunicación → Comprensión, expresión y socialización.

Habilidades emocionales → Resolución de conflictos.

El juego como estrategia de aprendizaje puede permitirle al alumno resolver sus conflictos internos y enfrentar las situaciones posteriores, con decisiones firmes, siempre y cuando el docente realice una planeación adecuada.

El juego puede resultar pieza clave para el desarrollo de las potencialidades tanto físicas como intelectuales, le permite al niño recrear e intentar, además de descubrir nuevas imágenes o reacciones.

La actividad lúdica es importante en el desarrollo del alumno ya que posee una inteligencia, un cuerpo y un espíritu en proceso de construcción, desarrollo y recreación, también, funge como gimnasia física y mental.

Ovidio Decroly (1983) hace referencia al concepto de juego educativo, menciona que se debe respetar la voluntad de la persona del niño y sus intereses, además

de devolver a la enseñanza la espontaneidad que las pedagogías tradicionales han destruido.

El juego en el contexto hospitalario toma un papel importante, los alumnos a través de éste crean situaciones difíciles por ellos mismos para experimentar la satisfacción de superar grandes obstáculos, en éste caso; la enfermedad que padecen, ellos mismos se someten a una disciplina específica que les ayuda a obtener éxito y satisfacción de lograr el “trabajo”.

Cuando el alumno vence las dificultades que el mismo se ha propuesto y ha aceptado, experimentan una alegría más moral que sensorial, incluso el mismo busca mayor dificultad en los juegos que se le presentan. El juego contribuye de manera directa al dominio de sí mismo y a su propio perfeccionamiento.

Los juegos educativos se adaptan a las situaciones que puedan surgir en el aula hospitalaria, pueden contribuir en el rendimiento académico de los alumnos; favoreciendo el desarrollo de ciertas funciones cerebrales, la iniciación de conocimientos, capacidad de atención, retención y comprensión de los alumnos.

Sin embargo, los juegos educativos no deben considerarse como un instrumento de enseñanza, simplemente deben utilizarse como recursos lúdicos que permiten el desarrollo del alumno e incentivan su capacidad de resolver y afrontar situaciones de conflicto.

Los juegos educativos no <<enseñan>> las nociones sensomotrices; no dan la solución a los comportamientos intelectuales que se imponen en la vida corriente. Irán siempre precedidos de la experiencia verdadera, espontánea y natural, acompañados, y luego seguidos de actividades dirigidas a las cosas reales, practicadas dentro del medio ambiente, apoyados en el dibujo que permite una apropiación de los descubrimientos (Monchamp, E. 2002 p. 34).

5.3 La Arteterapia

Décadas después de que surgió en Europa el interés y la inquietud por las creaciones artísticas de los enfermos mentales y por los procesos creativos en general, en Estados Unidos se comenzó a desarrollar una disciplina a la que se le denominaría *art therapy*- arteterapia.

La arteterapia se desarrolla a partir de dos fuentes: la psicoterapia analítica y la educación artística. Margaret Naumburg fue la primera profesionalista en hablar de arteterapia.

Namburg (2011) afirma que la arteterapia es una técnica que se puede aplicar con personas de todas las edades afectadas por diferentes patologías, se puede considerar como un tratamiento auxiliar o adicional a otros tratamientos psicológicos o psiquiátricos.

Para Melanie Klein (1948) la arteterapia se da de la técnica de juego con niños y es equiparable a la asociación libre en psicoterapia verbal con adultos.

La terapia, a través del arte, se apoya en la base de la propia condición del arte, en poder reflejar y predecir los procesos personales y sociales, se basa en la capacidad de expresar estos procesos cuando pueda existir algún tipo de conflicto personal o social.

El arte estimula las capacidades propias del individuo, desarrolla su creatividad y expresión individual como medio de lograr satisfacción y mejorar personalmente. Permite proyectar conflictos internos y, por tanto, ofrece la posibilidad de poder resolverlos. Toda persona es capaz de ser creativa y esto es una necesidad, un impulso innato en el individuo.

La arteterapia consta de un carácter lúdico que resulta ideal para hacer jugar al adulto, al niño y al adolescente, facilita el desarrollo de las potencialidades, empatía y comprensión.

“El arte permite respetar el ritmo de cada estudiante, trabajando la acción pedagógica como una guía y no como una imposición” (Gómez, 2014, p.23).

Cada individuo desarrolla su trabajo en apego a su manera personal de interpretar el mundo; concebirlo, mirarlo y decodificarlo, partiendo desde sus necesidades y alcances, es decir, que cada sujeto involucrado en el desarrollo de dicha actividad se regirá por sus propias normas, formas expresivas, habilidades creativas y nivel cognitivo.

En el hospital, la arteterapia ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés en la que se encuentran sometidos alumnos y padres, ya que pueden proyectar a través de ella las emociones o experiencias internas que no pueden expresar

verbalmente, las experiencias que se quedan en estado pre verbal o los sueños en donde predominan las imágenes, no tienen que ser traducidas en palabras.

“Se afirma que hay que ofrecer a los niños la oportunidad de expresarse en medios distintos a las palabras, y que las actividades artísticas brindan la ocasión de que el niño libere emociones encerradas que no puede expresar en las denominadas áreas académicas. En este sistema de referencia el arte se utiliza como vehículo de autoexpresión; se concibe como algo que contribuye a la salud mental” (Eisner, 2009, p. 8).

Edith Kramer (1998) utiliza un concepto fundamental que para ella resulta determinante en la práctica de la técnica: *sublimación; consiste en la transformación de los impulsos a una forma más aceptable*, para ella en arteterapia se puede estimular, despertar y aplicar la capacidad sublimatoria de los pacientes o participantes, por medio de esta técnica se puede ayudar a canalizar los periodos de agresión o comportamientos negativos de alumnos y padres hacia un proceso creativo.

Ésta técnica se convierte en un espacio seguro para que puedan expulsar y expresar estas pulsiones agresivas o de enojo que pueden experimentar a causa del padecimiento crónico que están atravesando, ellos exponen los sentimientos y las emociones que les resultan difíciles de soportar o verbalizar.

Para Donald Winnicott (1999), la arteterapia se constituye en el “espacio potencial”, éste espacio que se encuentra entre el mundo interno y el mundo externo, es el lugar donde el alumno desarrolla sus juegos y donde el padre experimenta la creatividad y la cultura. Tanto el padre como el alumno pueden experimentar a través del arte este espacio potencial que ofrece un punto intermedio entre la realidad personal y la realidad del contexto.

5.4 Descripción del taller

Nombre de la estrategia: Taller de juego y arte como estrategias lúdicas para favorecer el manejo de las emociones y la construcción de aprendizajes de los niños y niñas en el aula hospitalaria, así como a la familia que los acompaña.

Contexto de referencia: Hospital Infantil de México Federico Gómez, área de atención Hemato-oncología.

Programa: Escuela de Innovación Pedagógica ¡Tu escuela en el hospital!

Perfil del participante. Alumnos del área hemato-oncología de cinco a quince años, que asistan a las aulas en las diferentes modalidades de atención, así como al familiar o familiares que los acompañan.

Núm. de participantes. 15 alumnos y 15 familiares.

Modalidad. Aula fija. (Aula Digital ubicada en 2do. Piso).

Duración. El taller se llevará a cabo durante una semana (lunes a jueves ya que el día viernes no hay consulta externa en el hospital).

Constará de 4 sesiones, una por día y tendrán una duración de 50 minutos cada sesión.

5.5 Problemáticas y necesidades detectadas:

Para realizar un posible diagnóstico que permitiera identificar las problemáticas y necesidades de los alumnos en el área de hemato-oncología del (HIMFG) se utilizó el enfoque cualitativo siguiendo a Elsie Rockwel (2009) se realizaron breves entrevistas (**Anexo 1**) a 10 padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el programa Escuela de Innovación pedagógica ¡Tu escuela en el hospital! con el fin de detectar situaciones emocionales y comportamientos negativos tanto en padres como en los alumnos que posiblemente estuvieran afectando su rendimiento académico y su calidad de vida.

Con el fin de poder rescatar algunas experiencias que no se documentan en la realidad social, es decir, lo cotidiano, lo familiar y lo oculto.

A continuación, se presenta una tabla con los datos generales tanto de alumnos como de padres de familia y los resultados obtenidos de dichas entrevistas.

5.5.1 Datos generales.

Nombre del alumno.	Edad.	Año escolar.	Tipo de padecimiento crónico.	Edad del padre de familia.
•Deco Isaac	9 años	4to	Hematológico	33 años
•Iker	6 años	1ro	Hematológico	27 años
•Erick Margarito	11 años	6to	Oncológico	38 años
•Karla Elena	10 años	5to	Oncológico	48 años
•José Enrique	15 años	3ro de secundaria	Oncológico	40 años
•Salvador	13 años	2do de secundaria	Hematológico	35 años
•Jonathan	8 años	3ro	Oncológico	40 años
•Paola	9 años	4to	Oncológico	34 años
•Malinally	9 años	4to	Oncológico	30 años
•Alexei Sharim	6 años	1ro	Hematológico	26 años

Dentro de las preguntas realizadas en el instrumento diagnóstico destaca una que da pie al desarrollo de la entrevista, la cuál fue si habían experimentado emociones o comportamientos negativos tanto ellos como sus hijos durante el proceso de la enfermedad y de ser así ¿Cuáles habían sido?, la mayoría contestó que los alumnos sufrieron de constante ansiedad y estrés, además de conductas agresivas hacia adultos mayores y compañeros de clase, la mayoría del tiempo se encontraban irritables, enojados y muchas veces se aislaban por miedo al rechazo.

Por ende los padres experimentaron situaciones similares como el constante enojo y estrés, ansiedad, miedo a la pérdida de la vida, incertidumbre y en algunos casos incluso sentían culpabilidad por el padecimiento crónico de su hijo.

Debido a los conflictos presentados se esperaba que hubieran afectado de manera significativa el rendimiento académico del alumno, sin embargo, sucedió lo contrario, los alumnos nunca perdieron el interés por asistir a la escuela, les preocupaba su situación académica (el no atrasarse), en cuanto a los trastornos neurológicos desafortunadamente la mayoría tuvo dificultades como: problemas con la memoria, el lenguaje, su capacidad de atención, etc.

A pesar de que algunas veces los alumnos no se encuentran en condiciones para asistir a la escuela en el hospital, los padres nunca han desistido de ésta, la mayoría le da un valor significativo al proceso educativo de su hijo con la idea de que pronto superarán la situación de enfermedad y tendrán que reincorporarse a su vida normal, ésta incluye a la escuela.

La escuela se convierte en un factor clave dentro de éste proceso que atraviesan, los motiva a seguir adelante, potencializa sus capacidades cuando ellos no creen en ellas o no son capaces de desarrollarlas por sí mismos, les ayuda a salir de la rutina de la enfermedad, para algunos padres de familia la escuela es un “refugio” en dónde encuentran un momento de paz mental y relajación.

El docente o pedagogo hospitalario se convierte en un consejero para ellos al grado de tomar sus consejos de manera determinante, al preguntarles si les gustaría recibir apoyo para regular sus emociones o evitar posibles conductas destructivas en sus hijos, todos aceptaron incluso establecieron el tiempo del que dispondrían para participar en el taller de Educación Emocional aceptando que todos lo necesitan en alguna fase del proceso de enfermedad (diagnóstico, proceso y recuperación <según sea el caso>).

Con base en las respuestas brindadas en éstas entrevistas y las situaciones emocionales identificadas que más prevalecen dentro del proceso de enfermedad se construyeron los siguientes objetivos, así como los contenidos, el número de sesiones y la duración de éstas que conformarán el taller de Educación Emocional:

5.5.2 Objetivo general.

- ✓ Ofrecer al participante a través del taller, alternativas mediante una sesión de arte y juego para generar un mejor manejo de conflictos emocionales y apoyar su aprendizaje.

Objetivos a corto plazo.

- ✓ Crear un espacio de aprendizaje y comunicación en el aula hospitalaria.
- ✓ Desarrollar la motivación.
- ✓ Mejorar la comunicación interpersonal e intrapersonal.

Objetivos a mediano plazo.

- ✓ Desarrollar la creatividad.
- ✓ Disminuir emociones negativas de la enfermedad.
- ✓ Mejorar los procesos cognitivos básicos como; la atención, percepción y memoria.

Objetivos a largo plazo.

- ✓ Contribuir al aprendizaje mediante la utilización de estrategias lúdicas.
- ✓ Favorecer el desarrollo afectivo y social.
- ✓ Promover la socialización y comunicación.
- ✓ Mejorar la calidad de la vida del niño en situación de enfermedad.

5.6 Contenidos.

El taller se estructurará en sesiones y se impartirán los siguientes contenidos:

Sesión 1.

1. Conciencia emocional.

1.1 ¿Cómo me siento?

1.2 ¿Cómo se sienten?

Sesión 2.

2. Regulación emocional.

2.1 ¿Qué puedo hacer cuando me sienta triste?

2.2 ¿Qué puedo hacer cuando me sienta enojado?

2.3 ¿Qué puedo hacer cuando me sienta asustado?

Sesión 3.

3. Autoestima.

3.1 Me quieren.

3.2 Nuestra estrella.

3.3 Actividad de reflexión.

Sesión 4.

4. Habilidades de vida.

4.1 Mi escuelita en el hospital.

4.2 Mis amigos de la escuelita.

4.3 Actividad de reflexión.

5.7 SECUENCIA DIDÁCTICA.

TEMA: CONCIENCIA EMOCIONAL. Es importante poder identificar qué es lo que pasa en el mundo interior, cómo es el sentir y cómo se puede expresar las emociones y sentimientos hacia los demás, hace al individuo más próximo a ellos y a reconocer que las demás personas también sienten y se expresan.

OBJETIVO: Que las y los alumnos así como los padres de familia sean capaces de reconocer sus emociones y de los demás, esto como requisito esencial para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones socio-afectivas. Duración: 50 min.

Tipo de evaluación.	Actividades.	Propósito.	Tiempo.	Materiales.	Procedimiento.
Cualitativa. Observar que tanta creatividad y participación utilizan alumnos y padres para reconocer y plasmar sus emociones.	Actividad 1 Presentación del Taller y Juego rompe hielo de Bienvenida. (Coctel de frutas).	Qué padres y alumnos conozcan los contenidos a trabajar y la intención del taller, que socialicen y pierdan la pena o el temor de realizar actividades con otras personas que conviven dentro del mismo espacio.	10 min.	•Papeles con nombres de frutas.	El docente se presentará ante padres y alumnos explicándoles las actividades a realizar, el tiempo y las sesiones de las que constará dicho taller. Para la actividad de bienvenida el docente dará un papel a cada participante en dónde vendrá el nombre de una fruta, todos tendrán que estar de pie, se mencionará una fruta y se tendrán que juntar los que tengan ese nombre, al decir “coctel de frutas” tendrán que separarse y mezclarse entre todos y así las veces que el docente considere pertinente.
	Actividad 2 ¿Cómo me siento?.	Identificar el propio estado emocional y expresarlo.	20 min.	•Hoja con silueta de cara impresa. •Pinceles. •Colores. •Crayolas. •Plumones. •Pinturas.	El docente elaborará una lista de alumnos y una de padres de familia, nombrará a cada uno y deberán contestar de acuerdo al estado de ánimo que tengan, el docente también lo hará. Al terminar el pase de lista se les proporcionará una hoja con una silueta de una cara (Anexo 2) y tendrán que dibujar el estado de ánimo que mencionaron con su nombre.

	<p>Actividad 3</p> <p>¿Cómo se sienten?</p>	<p>Nombrar y reconocer las diferentes emociones, ser empáticos con los demás y desarrollar la capacidad de expresarse ante el grupo.</p>	<p>20 min.</p>	<p>•Dibujos realizados.</p>	<p>El docente pedirá que se sienten en círculo, todos mostrarán sus dibujos que realizaron, lo harán un alumno y un padre de familia a la vez, los demás tendrán que identificar el estado de ánimo. Posteriormente explicarán por qué se sienten así y los demás tendrán que dar posibles alternativas para que puedan cambiar lo que sienten.</p>
--	--	--	----------------	-----------------------------	---

TEMA: REGULACIÓN EMOCIONAL. Durante el tratamiento de la enfermedad crónica, se experimentan múltiples emociones tanto positivas como negativas y no se puede renunciar a ninguna de ellas ya que forman parte de las personas y las ayudan a conocerse mejor. La regulación emocional ayuda a evitar conductas destructivas y poco saludables, es necesario desarrollar un diálogo interno y asertividad, buscar opciones para afrontar las situaciones difíciles de la mejor forma posible.

OBJETIVO: Que las y los alumnos expresen ¿cómo se sienten?, que los padres de familia identifiquen las emociones de sus hijos, los escuchen y brinden alternativas como apoyo para superar estados emocionales negativos que puedan presentarse.

Duración: 50 min.

Tipo de evaluación	Actividades.	Propósito	Tiempo	Materiales	Procedimiento
Cualitativa. Observación del nivel de disposición que tienen los alumnos para expresar las situaciones emocionales y la participación de los padres al dar opciones para resolver los conflictos, además de la capacidad de atención de los	Actividad 1 Juego rompe hielo “La granja del tío chueco”.	Que los alumnos y padres socialicen y se logre un ambiente agradable dentro del aula para tener una mejor participación en las actividades.	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Paliacates para vendar los ojos. • Papeles con nombres de animales. 	El docente repartirá papeles con nombres al azar, cada papel traerá escrito el nombre de un animal, nadie podrá hablar, se les vendaran los ojos a padres y alumnos con la debida precaución, por ejemplo: el docente dirá la frase “el tío chueco está tratando de meter al corral a sus “vacas” y “pollos” júntense vacas y pollos”, los que tengan ese animal tendrán que juntarse solo haciendo el sonido del animal que les tocó, se reconocerán en medio del ruido de los dos animales mencionados, así se hará con todos los grupos de animales que se hayan repartido entre el grupo.
	Actividad 2 ¿Qué puedo hacer cuando me siento triste?	Identificar las situaciones de tristeza que se presentan y la forma en que se pueden canalizar.	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento de Alicia. 	Alumnos y padres se sentarán en círculo, el docente contará el “cuento de Alicia” (Anexo 3) posteriormente se comentará la historia y el docente pedirá que 2 alumnos expongan alguna situación que les haga sentirse “tristes”, los padres les darán posibles opciones para eliminar éstas emociones desagradables con base en su experiencia.
	Actividad 3 ¿Qué puedo hacer cuando me	Identificar las posibles situaciones de enojo y la forma en	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento de Karlita. 	El docente contará el “cuento de Karlita” (Anexo 4) de la misma forma que en la primera historia se les pedirá a 2 alumnos que expongan una situación que los haga sentirse “enojados” los padres darán posibles opciones

alumnos hacia la lectura.	sienta enojado?	que pueden canalizarse.			para eliminar las emociones de enojo con base en su experiencia.
	Actividad 4 ¿Qué puedo hacer cuando me sienta asustado?	Identificar las situaciones de miedo que se presentan y la forma de canalizarlas.	15 min.	• Cuento de Alexei.	El docente contará el “cuento de Alexei” (Anexo 5.) será el mismo procedimiento de las anteriores historias, 2 alumnos expondrán alguna situación que los haga sentirse “asustados” los padres darán posibles opciones para eliminar el miedo con base en su experiencia.
Comentario: Los cuentos utilizados se adaptaron a las situaciones cotidianas que viven los alumnos en el contexto hospitalario para que pudieran identificarse tanto ellos como los padres de familia.					

TEMA: AUTOESTIMA. La familia es un factor importante en la formación del auto concepto y la construcción de la autoestima del niño, hablar de ellos y expresarlos contribuye a que los alumnos se sientan más seguros de sí mismos. En el caso de los padres es importante que sepan cómo los perciben los demás, que esperan de ellos y cómo se sienten con ellos mismos, esto ayudará a que reconstruyan su autoestima y mejoren durante el proceso.

OBJETIVO: Que las y los alumnos así como los padres de familia puedan reconocer sus aspectos negativos y valorar sus cualidades, logrando aceptarse tal y cómo son. Duración: 50 min.

Tipo de evaluación	Actividades.	Propósito	Tiempo	Materiales	Procedimiento
Cualitativa. Observación de la capacidad de aceptar sus defectos y reconocer sus cualidades, valorarse y aceptar la percepción y crítica de los demás hacia su persona.	Actividad 1 Juego rompe hielo "Yo puedo"	Que los alumnos y padres de familia reconozcan la importancia que tienen cada uno respectivamente en el proceso de motivación y autoestima que les ayudará a afrontar el proceso de enfermedad que atraviesan.	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> •Pelota de esponja. •Caja de cartón. •Paliacate. 	El docente pedirá que dos alumnos salgan del aula, explicará a los padres y demás alumnos que ambos tendrán que intentar meter la pelota de esponja en la caja de cartón que estará frente a ellos, a uno lo tendrán que apoyar (gritando, animando, echando porras) mientras que el otro tendrá que hacerlo solo con las instrucciones que el docente le dará, nadie podrá decir nada. Al terminar la actividad ambos alumnos dirán cómo se sintieron y el docente hará énfasis en la importancia del apoyo de la familia en el proceso de hospitalización que atraviesan.
	Actividad 2 Me quieren	Expresar aspectos negativos de "otro" que puedan mejorar y así lograr una mejor relación	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo impreso. • Plumones. • Crayolas • Colores. 	El docente pedirá que padres y alumnos formen dos círculos, uno será de alumnos y el otro de padres, deben quedar de frente padre e hijo, se les dará un dibujo de un espejo impreso (Anexo 6) en dónde tendrán que escribir los aspectos o actitudes negativas que les gustaría que mejorarán para tener una mejor relación; los alumnos escribirán a sus padres y los padres a los alumnos, por ejemplo: si se enojan mucho, si son groseros, indiferentes, etc. Al final los leerán frente a frente.

	Actividad 3 Nuestra estrella	Expresar cualidades que nos gusten del "otro"	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrella impresa. • Plumones de colores. • Cinta adhesiva. 	El docente pedirá que todos se pongan de pie, les proporcionará a todos una estrella en blanco impresa (Anexo 7) la cuál tendrán que pegarse en la espalda, todos tendrán que escribir a los demás al menos una cualidad o virtud que consideren que poseen.
	Actividad 4 Reflexión	Expresar las emociones que surgieron con las actividades	20 min.	*****	El docente pedirá que todos lean sus aspectos positivos y negativos que los demás expresaron hacia ellos y ¿Cómo se sintieron al leerlos?

TEMA: HABILIDADES DE VIDA. Las personas interactúan en diferentes espacios en su vida, en este caso con el hospital, su hogar y su escuela, dentro de estos contextos intervienen personas, actividades y materiales, es importante conocer y expresar que sentimos hacia cada uno de ellos para mejorar la calidad de vida y lograr un equilibrio emocional que favorezca su bienestar.

OBJETIVO: Que las y los alumnos así como los padres de familia puedan expresar su opinión acerca de la situación escolar, además de potenciar el descubrimiento de los amigos facilitando las relaciones sociales. Duración: 50 min.

Tipo de evaluación	Actividades.	Propósito	Tiempo	Materiales	Procedimiento
Cualitativa. Conocer las diferentes opiniones que tienen acerca de la escuela, el docente y los materiales de estudio, además de observar el avance que han tenido en cuanto al desarrollo del taller.	Actividad 1 La escolita.	Identificar los sentimientos y emociones hacia la escuela.	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato. • Plumones de colores. 	El docente pedirá que los alumnos observen e indaguen dentro del aula. Posteriormente les dará un formato (Anexo 8) dónde tendrán que escribir las cosas que les gustan y las que no de la escuela. Los padres tendrán que realizar el mismo proceso.
	Actividad 2 Mis amigos.	Identificar las características que aprecian de sus amigos y valorarlos.	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas. • Colores • Pintura. • Plumones. •Crayolas. 	Los alumnos contarán con una hoja en blanco, tendrán que dibujar a su mejor amigo o amigos que tengan en la escolita del hospital, escribir porque los consideran sus amigos.
	Actividad 3 Reflexión	Exponer las emociones ante estas actividades. ¿Fue bueno o malo?	15 min.		Los padres serán los primeros en exponer las cosas que les gustan y las que no de la escuela, el docente tomará notas, enseguida lo harán los alumnos primero las cosas que no les gustan y después las que sí, en ese momento tendrán que mostrar el dibujo de sus amigos y decir porque lo son, al terminar le entregaran el dibujo y se darán un abrazo.
	Actividad 4 Juego de cierre. Cierre del taller.	Que los alumnos y padres participen en la última actividad y que expresen sus opiniones acerca del taller.	15 min.		Para el juego tendrán que escoger una pareja, puede ser padre con padre, alumno con alumno o padre con alumno, el aula tendrá un espacio con diferentes obstáculos sencillos de acuerdo a las actividades que pueden realizar, ambos irán atados de un pie y uno de ellos llevará los ojos vendados, el otro tendrá que dirigir, deberán ir pasando pareja tras pareja, el docente marcará la salida

					<p>para evitar accidentes, todos tendrán que llegar a la meta en dónde encontrarán un premio (dulce adecuado).</p> <p>El docente entregará a los padres y alumnos un formato que constará de seis preguntas (Anexo 9) agradecerá y se explicará de nuevo el propósito y el objetivo general del taller.</p>
--	--	--	--	--	--

5.8 Seguimiento del taller

Cada que avanza un ciclo escolar, se presentan nuevos alumnos con nuevas y particulares necesidades educativas especiales, así como surgen éstas necesidades, las estrategias para la solución y el tratamiento deberán adaptarse a éstas, es por ello que es importante llevar un seguimiento del taller, es decir, modificarlo y actualizarlo a los nuevos contenidos, reformas y propuestas que surjan.

Si el taller es llevado a cabo por el docente hospitalario que se encuentre a cargo del aula hospitalaria, deberá identificar y analizar la situación actual, de ser necesario modificar el taller a las nuevas necesidades.

Conclusiones

La Pedagogía Hospitalaria en México ha tenido gran impacto en los últimos años, debido a que su interés se centra en brindar atención educativa a los niños que por alguna situación de enfermedad han estado sometidos a periodos ya sean cortos o largos, según sea el caso, dentro de un hospital, con el fin de que puedan reinsertarse al sistema educativo formal en cuanto terminen su proceso.

La escuela debe apoyar y preparar al alumno para las situaciones conflictivas que vivirá en su nueva condición y orientarlo para que logre desarrollar sus actividades académicas, mejorando sus niveles cognitivos, afectivos y sociales afrontando su situación de enfermedad de la mejor forma posible, organizando y diseñando estrategias óptimas que propicien el aprendizaje escolar en éste contexto.

Actualmente en México opera el programa: Escuela de Innovación Pedagógica ¡Tu escuela en el hospital! el cuál, establece un compromiso social con el fin de hacer valer dos derechos constitucionales: la salud y la educación de acuerdo a las políticas educativas, beneficiando a la población infantil en situación de hospitalización.

Los alumnos en situación de enfermedad tienen el mismo derecho y la misma necesidad de aprender que un niño en situación “regular”, sin embargo, durante el proceso pueden llegar a existir dificultades en cuanto a la utilización de un método apropiado para llevar a cabo la práctica educativa.

Por éstas cuestiones es indispensable que el pedagogo o docente hospitalario cumpla con el perfil requerido que le permita realizar las adecuaciones pertinentes a los programas educativos vigentes y crear estrategias con base en las necesidades educativas que identifique en el aula hospitalaria, tomando en cuenta las posibles limitaciones de los alumnos sin perjudicar ni entorpecer el aprendizaje.

Durante el proceso de enfermedad, los alumnos como sus familias experimentan diversas situaciones emocionales que pueden tener repercusiones significativas y efectos negativos dentro del proceso de aprendizaje, así como en su vida, es

necesario que la escuela tome en cuenta la esfera emocional de los alumnos y apoyarles para que logren un desarrollo integral óptimo.

Con base a las entrevistas diagnósticas que se aplicaron a padres de familia del Hospital Infantil de México, se enfatizó la importancia de brindar asesoría y orientación para apoyarlos en el manejo de sus emociones y evitar conductas destructivas que afecten el rendimiento académico del alumno.

La familia del alumno no puede quedar fuera del proceso ya que se convierte en el pilar que brindará apoyo psico-afectivo al niño, debido a que se trata del núcleo fundamental con el que cuenta el educando, es necesario que se les brinde apoyo psicopedagógico, información y orientación adecuada para que puedan lograr su estabilidad emocional y apoyar de una mejor manera al alumno en su nivelación y aprovechamiento académicos.

La orientación educativa contribuye a desarrollar la personalidad de una manera adecuada, conocer sus actitudes y aptitudes potenciando la motivación y la autoestima en actividades futuras. Además de mejorar la relación interpersonal contribuyendo a la adaptación plena al contexto y la relación con las personas dentro de éste.

Sin embargo, en los hospitales no se cuenta con una unidad de orientación familiar como en las escuelas regulares, es indispensable que en un futuro exista éste apoyo, el orientador tendrá la oportunidad de detectar las necesidades educativas especiales de los sujetos que demandan atención educativa, apoyando al docente o pedagogo hospitalario para que pueda adecuar los programas, estrategias y modelos de aprendizaje.

Uno de los fines primordiales de ésta unidad tendrá que ser; brindar asesoría a los diferentes agentes que se relacionan con ellos (personal sanitario, docentes, padres de familia, etc.) con el fin de optimizar el tratamiento y en el caso de los padres de familia, poder sobrellevar el proceso de enfermedad de la mejor forma posible.

Para satisfacer las necesidades sanitarias, emocionales y curriculares se necesita de la colaboración de todos los profesionales que laboran en el hospital, con esto me refiero a una colaboración multidisciplinaria, médicos, enfermeras,

trabajadores sociales y docentes hospitalarios, con el objetivo de lograr la plena adaptación del niño y la familia a las condiciones de la enfermedad, a que los educandos se desarrollen social, emocional y escolarmente lo más normalizado posible y que logren posteriormente la integración satisfactoria a la escuela, según sea el caso.

Se tiene que realizar una propuesta de colaboración sólida que comprometa a los diferentes profesionales a la colaboración multidisciplinaria, ya que, en la mayoría de los casos, el interés es poco o las actividades que realizan los absorben totalmente, por lo tanto resulta imposible que puedan participar en dicho proyecto.

Por estas cuestiones y por los factores familiares, emocionales y sociales que influyen en el aprovechamiento escolar del niño hospitalizado surgió mi interés por desarrollar éste proyecto de investigación, en dónde planteo el diseño de un taller de estrategias didácticas y apoyo emocional para niños y padres en condición hospitalaria, cuando pienso en estrategias didácticas pretendo llevar a cabo estrategias como el juego y el arte que permiten el desarrollo de la creatividad de los alumnos mejorando sus procesos cognitivos.

Éstas estrategias permiten establecer canales de comunicación entre los alumnos y los padres, manejar los conflictos emocionales, al mismo tiempo potenciar sus habilidades y desarrollo escolar para mejorar la calidad educativa y la calidad de vida.

El sistema educativo actual tiene el gran reto de mejorar día a día la calidad de la atención en los contextos hospitalarios y lograr una acertada vinculación con las escuelas regulares que facilite el proceso de reinserción de los alumnos en condición hospitalaria previa, evitando la discriminación y promoviendo la inclusión con el fin de garantizar que forman parte de una sociedad incluyente.

Se debe brindar la formación y capacitación continúa a los docentes y pedagogos que trabajen en éste contexto, tanto emocionales como académicas, ya que son fundamentales en el proceso de aprendizaje de los alumnos, de ésta forma realizarán su intervención de la mejor manera utilizando los métodos y las estrategias adecuadas con los alumnos de las aulas.

Las autoridades educativas tienen el compromiso de mejorar el funcionamiento del programa y adaptar los planes y programas de acuerdo a las necesidades que se presenten en los alumnos, docentes o pedagogos, adaptar los currículos y no mantener un solo método de enseñanza con el fin de lograr la evolución del programa beneficiando a los alumnos principalmente y cumpliendo realmente con los objetivos establecidos en dicho programa.

Esto implica el desarrollo de proyectos que fortalezcan los espacios y la comunidad escolar, de modo que se favorezca la incorporación de los alumnos y que garantice una mejor calidad de vida.

Bibliografía

Adam, E. et al. (2001). *Emociones y educación que son y como intervenir desde la escuela*. Barcelona. Grao.

Álvarez González, M. Bisquerra, R. (1996) (Coord.) *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis.

Álvarez González, M. (1991) *Modelos y programas de intervención en orientación. Actas de VII En Centro de la Asociación Coordinadora de Pedagogía*. Abril, Albacete.

Álvarez Rojo, V. (1994). *Orientación educativa y acción orientadora. Relaciones entre la teoría y la práctica*. Madrid: EOS.

Álvarez. Soler, E. (1997). *La diversidad en la práctica educativa. Modelos de orientación y tutoría*. Madrid: CCS.

André, C. Y Lelord, F. (2000). *La autoestima*. Barcelona:Kairos

Bisquerra, R. (1992). *Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo*. Barcelona: Boixaren Universitaria.

Bisquerra,R y Álvarez, M. (1998). *Concepto de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis. (pp. 9-23).

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: CISSPRAXIS.

Bisquerra, R. (2013). *Educación Emocional: Propuestas para educadores y familiar*. Bilbao: Desclèe de Bouwer.

Boixareu, R. (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.

Decroly, O y Monchamp, E. (1986). *El juego educativo. Iniciación a la actividad intelectual y motriz*. Morara: Madrid.

Dolto, F. (1977). *Las etapas de la infancia; nacimiento, alimentación, juego, escuela*. Barcelona: Paidós.

Enciclopedia Británica en español. (2009). *La familia: concepto, tipos y evolución*.

Eisner, E. W. (2009). *Educación la visión artística*. Barcelona: Paidós.

Eisner, E. W. (2011). *El arte y la creación de la mente*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (2011). *La Estructura de la Mente: la teoría de las inteligencias múltiples*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica

Goleman, D. (1997). *La inteligencia emocional*. Barcelona. Kairos.

Grau, C. y Ortiz, C. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2018) recuperado de: http://himfg.com.mx/interior/dir_ensenanza.html. Consultado enero 2019.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2018) recuperado de: http://himfg.com.mx/interior/el_instituto.html Consultado enero 2019.

Kramer, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires. Kapelusz.

López, E. (2003). *Educación emocional programa para 3-6 años*. Barcelona: GROP.

Martínez, P. (2000). *La orientación psicopedagógica: Modelos y estrategias de intervención*. Madrid:EOS.

Maturana, H. (2001). *Emociones y lenguaje en educación y política*. (s/P). Dolmen.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del <<arte psicótico>> al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona: Gedisa.

Morin (1999) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO.

Piaget, J. (1980). *Adaptación vital y psicología de la inteligencia*. París: Hermen.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica, historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.

Rollan, J. (2011). *Familias, enfermedad y discapacidad, una propuesta desde la terapia sistémica*. Gedisa: s/p. Pp. 416.

Secretaría de Educación Pública. (2016). Programa de Pedagogía Hospitalaria. Recuperado de: https://www2.sep.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/objetivos.jsp. Consultado noviembre 2018.

Torres, C. (2002). *El juego una estrategia importante*. Educare. Vol. 6 núm.19 pp. 289-296. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601907> consultado : Marzo 2019.

Secretaría de Salud Acciones y Programas (2018) recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sigamos-aprendiendo-en-el-hospital> consultado en diciembre 2018.

Stainback, W y Stainback, S. (1999). *Aulas inclusivas: un nuevo modo de enfocar y vivir el currículo*. Narcea: Madrid. Pp. 246.

Universidad Autónoma del Estado de México (2015). *El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3909133> consultado el 15 de enero 2019.

Anexos

Anexo 1. Formato de entrevista a padres de familia.

Edad Alumno:

Edad Padre de Familia:

Año escolar del alumno:

Asistencia al hospital: (semanal, quincenal, mensual)

1.- ¿Qué enfermedad padece su hijo?

2.- ¿Cuál fue la fecha de diagnóstico de la enfermedad?

3.- ¿En qué fecha iniciaron el tratamiento?

4.- ¿Su hijo ha tenido comportamientos o emociones negativas durante el tratamiento?

¿Cuáles?

5.- ¿Usted ha atravesado por algún periodo de comportamiento o emociones negativas durante el tratamiento de su hijo?

¿Cuáles?

6.- ¿Considera que estas emociones negativas han afectado el rendimiento académico de su hijo?

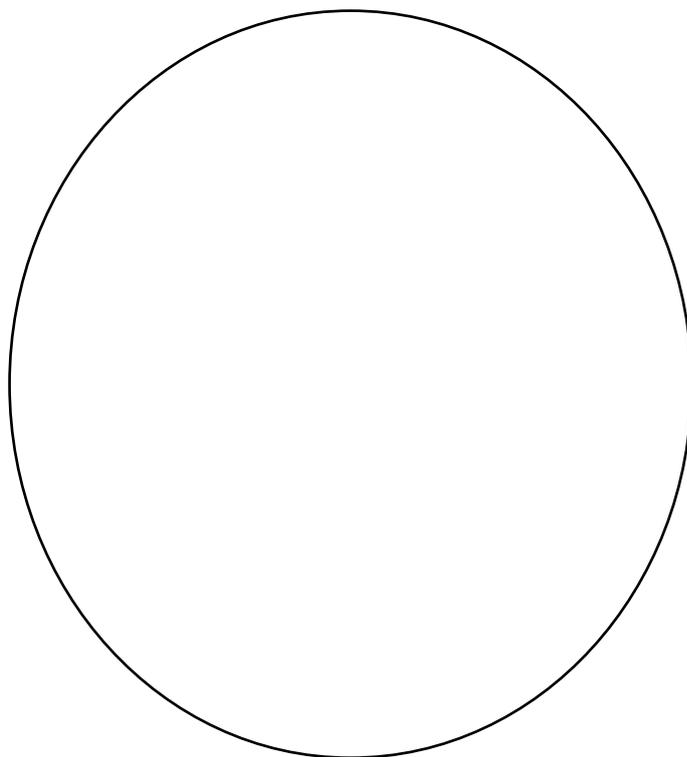
7.- En la escala del 1 al 10 ¿Qué tan importante considera que su hijo asista a la escuela en el hospital?

8.- ¿Considera importante que se les brindara a usted y a su hijo apoyo para regular las emociones negativas que puedan surgir durante el tratamiento?

9.- ¿Estaría dispuesto (a) a participar en un taller de Educación Emocional?

10.- ¿De cuánto tiempo dispondría para acudir al taller?

Anexo 2. Silueta de cara (Actividad ¿Cómo me siento?)



Anexo 3. Cuento de Alicia

En el aula del Hospital Federico Gómez había una alumna llamada Alicia, ella era una niña muy inteligente y amable todos los días iba a sus clases, aunque había veces que no quería ir, su mamá estaba preocupada ya que Alicia se ponía triste muy seguido y ella no sabía por qué. Hasta que un día Alicia muy valiente le confesó a su mamá que no quería ir a la escuela porque no tenía amigos y que nadie la iba a querer por estar enferma.

Su mamá habló con ella y le hizo entender que no eran así las cosas, al día siguiente hablaron con la maestra y ella le explicó a Alicia que ninguno de sus compañeros la juzgaría por estar enferma ya que todos estaban en la misma condición y que para tener amigos ella tenía que convivir con sus compañeros participando en las actividades. Alicia poco a poco se integró al grupo y ganó una amiguita de su edad, ahora Alicia muy pocas veces se siente triste y cuando se siente así tiene la confianza de contárselo a su mamá o a su nueva amiga. ¿Te has sentido triste últimamente? ¿Qué haces cuando te sientes así?

Anexo 4. Cuento de Karlita

Karlita era alumna del aula del Hospital Infantil, asistía a consultas y terapias todos los días además de la escuela. Cuando ella llegaba a clases, llegaba muy enojada con su mamá y no quería hacer las actividades (las hacía obligadas por su mamá) la maestra le preguntaba ¿Por qué estaba siempre enojada? Ella nunca le respondía.

Hasta que un día por fin le respondió que era porque estaba muy cansada de ir diario al hospital y que su mamá la hiciera ir a la escuela cuando lo único que quería era descansar en su casa, la maestra llegó a un acuerdo con ella diciéndole que cuando fuera a la escuela solo harían actividades de relajación y se llevaría tarea a casa con la condición de que la hiciera junto con su mamá ambas aceptaron ... Karlita con el tiempo cambió su actitud y llegaba al salón de clases ansiosa por realizar las actividades de relajación que le ponía la maestra ¿Tú que haces cuando te sientes enojado?...

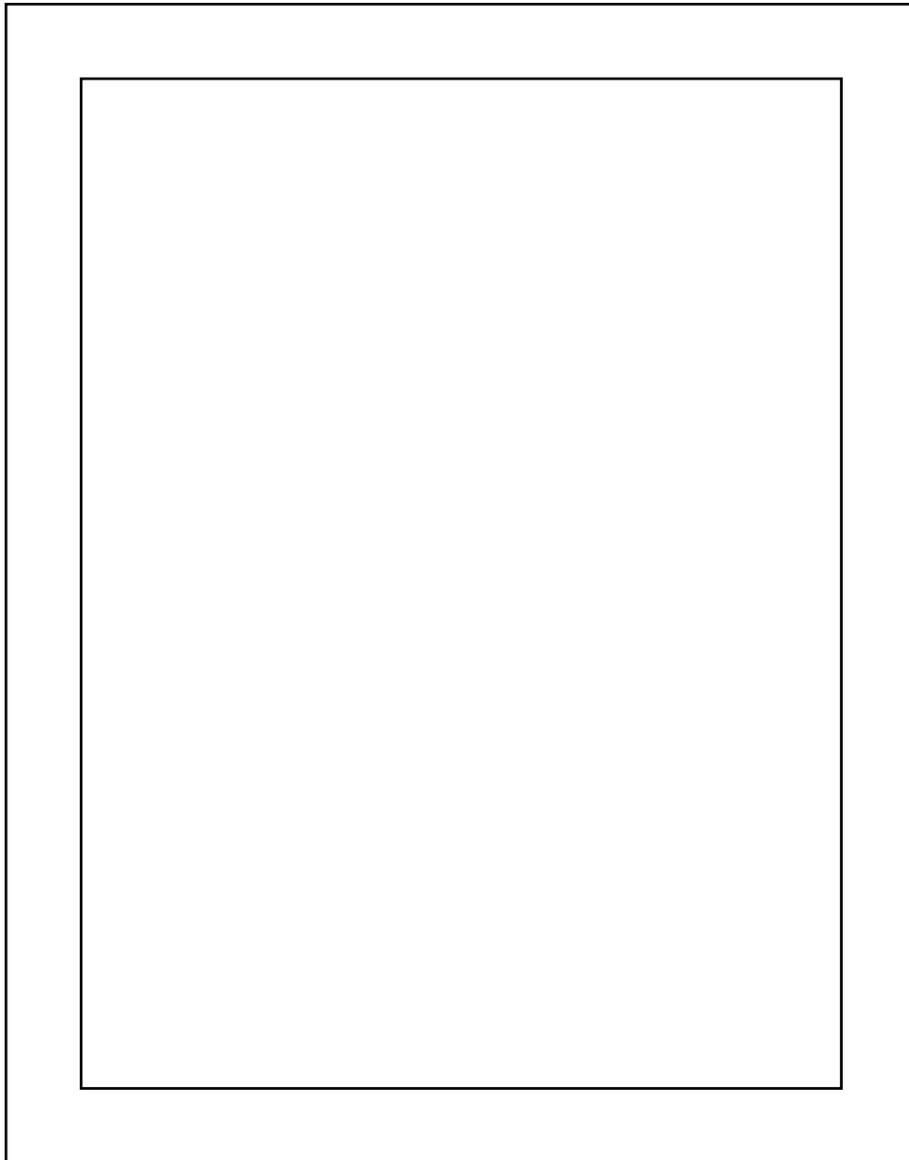
Anexo 5. Cuento de Alexei

Alexei es otro alumno del Hospital Federico Gómez, él es un niño muy alegre, sociable y travieso, cuando asiste al aula juega con todos los materiales sobre todo con “una pista de carros”, él en todo momento se encuentra feliz hasta que la maestra le pide que realice alguna actividad, él pone una cara de susto, no habla y corre a refugiarse debajo de una mesa, su mamá y la maestra lo tratan de convencer de que salga de ahí, pero él solo llora por lo que su mamá decide llevárselo para tranquilizarlo.

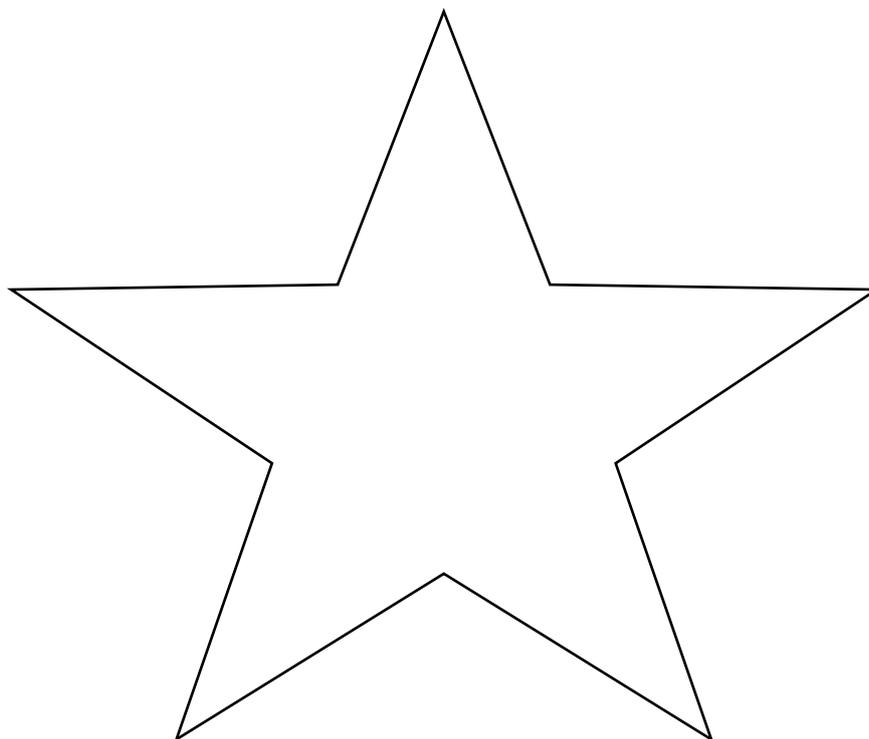
Un día él le contó a la maestra que le asustaba que le pusiera a realizar actividades ya que él no sabía cómo hacerlas y le daba mucho miedo hacerlo mal, la maestra inmediatamente le explico que ella le ayudaría en todo momento y que si algo no entendía le podía preguntar a ella o así mamá, que no lo regañarían ni se molestarían con él porque no supiera hacer las actividades.

Como premio la maestra le prometió que cada que él realizara el trabajo que se le pedía jugarían juntos con la pista de carros, él acepto y su actitud cambio repentinamente. ¿Te has sentido asustado por alguna situación? ¿Qué haces cuando te asustas?

Anexo 6. Silueta Espejo (Actividad Me quieren)



Anexo 7. Silueta de estrella (Actividad Nuestra Estrella)



Anexo 8. Formato actividad: cosas que me gustan/ cosas que no me gustan.

Cosas que <u>me gustan.</u> 	Cosas que <u>no me gustan.</u> 

Anexo 9. Preguntas finales (Alumnos)

1. ¿Te gustó el taller? Si/No ¿Por qué?
2. ¿Cómo te sentiste al convivir con tus compañeros?
3. ¿Cómo te sentiste al realizar actividades con tu mamá/papá?
4. ¿Qué juego de integración te gustó más? ¿Por qué?
5. ¿Qué cambiarías o quitarías del taller? ¿Por qué?
6. ¿Qué agregarías?

Anexo 10. Preguntas finales (Padres de Familia).

1. ¿El taller fue de su agrado? Si/No ¿Por qué?
2. ¿Cómo se sintió al convivir con más padres de familia?
3. ¿Cómo se sintió al realizar actividades con su hijo?
4. ¿Qué sesión le pareció más interesante del taller?
5. ¿Qué cambiaría o eliminaría del taller? ¿Por qué?
6. ¿Qué agregaría?