



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



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

**“EL FORTALECIMIENTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA
FAVORECER LA SALUD EN ADOLESCENTES EN CONDICIONES DE
HOSPITALIZACIÓN”**

PROPUESTA PEDAGÓGICA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

PRESENTA:

ANA KAREN HIPOLITO DE LA CRUZ

ASESOR:

DR. JESÚS CARLOS GONZÁLEZ MELCHOR

CIUDAD DE MÉXICO, Junio 2021

B) ÍNDICE	
C) INTRODUCCIÓN.....	4
objetivos.....	7
D) COMPRENSIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EDUCATIVO QUE SE CONSTRUYÓ	9
E) PERSPECTIVA TEÓRICA, METODOLÓGICA Y ESPECIFICACIÓN DEL TIPO DE MATERIAL O PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA REALIZADA.....	11
E.1 Perspectiva teorica	11
E.1.1.1 Antropología y pedagogía hospitalaria.....	11
E.1.1.2 Origenes y aproximación al concepto: Pedagogía Hospitalaria.....	12
E.1.1.3 Educación para la salud.....	14
E.1.1.4 Pedagogía hospitalaria en México.....	18
E.1.1.5 Enfermedad y necesidades educativas	21
E.1.1.6 Referentes teóricos de la Pedagogía Hospitalaria.....	23
E.1.1.7 Pedagogía hospitalaria para una formación integral del adolescente.....	26
E.1.2 Principales características emocionales en el desarrollo del adolescente	29
E.1.2.1 Concepción de emociones.....	29
E.1.2.2 Teorías de las emociones.....	31
E.1.2.3 Principales emociones	38
E.1.2.4 Inteligencia emocional	42
E.1.2.5 EDucacion emocional	45
E.1.2.6 Emociones y salud.....	50
E.2 Perspectiva metodológica.....	52
E.3 Perspectiva didáctica de la propuesta pedagógica	56
E.3.1 Esquema de propuesta.....	59
E.3.2 Funciones de las planificaciones didácticas (carta descriptiva)	60
F) LOS SUJETOS DESTINATARIOS Y SU CONTEXTO SOCIOEDUCATIVO	62
F.1 Adolescencia.....	62
F.1.1.1 La adolescencia como etapa del desarrollo humano	62

F.1.1.2 Teorías de la adolescencia	63
F.1.1.3 Cambios físicos en la adolescencia	69
F.1.1.3 Autoconcepto y autoestima.....	71
F.1.1.4 Adolescencia y búsqueda de identidad.....	73
F.1.1.5 Adolescentes y necesidades sociales.....	77
F.1.1.5 Adolescencia en el seno familiar.....	81
F.1.1.6 El adolescente enfermo en el contexto hospitalario.....	84
F.2 Contexto socioeducativo.....	85
G) DISEÑO DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN	88
Introducción.....	88
G.1 Modelo de inteligencia emocional y humanista	88
G.2 Esquema de la propuesta de intervención	93
G.3 Planificación de la propuesta.....	94
BLOQUE 1.- Bienvenida, reconocimiento de las emociones	94
BLOQUE 2.- Manifestación y control de emociones	103
BLOQUE 3.- Viviendo y compartiendo mis emociones	112
H) CONCLUSIONES.....	121
I) REFERENCIAS.....	127

C) INTRODUCCIÓN

En el año 2015 durante mi estancia como prestadora de servicio social y posteriormente como voluntaria dentro del “Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez” vi la necesidad de una intervención directa del pedagogo para coadyuvar en el tratamiento integral del paciente como parte de su recuperación hospitalaria; esta idea de intervenir en el ámbito hospitalario surge a partir de querer participar en ámbitos fuera de lo convencional como lo son las aulas escolares; a sabiendas de que la labor pedagógica tiene un amplio espectro o abanico de acción profesional, para ello y después de investigar sobre este campo de acción vi a la “pedagogía hospitalaria” como una opción interesante en donde a partir de intervenir dentro de un Instituto de alta especialidad médica pude observar la población tan diversa que existe dentro del mismo que van desde lactantes hasta personas de la tercera edad, de esta manera se identifican diversos problemas que van más allá de complicaciones crónicas degenerativas y que evidentemente pasan a segundo plano desde el punto de vista médico.

Recordemos que el individuo en situación de hospitalización es vulnerable ya que diversas esferas de su vida se encuentran endebladas como lo son la afectiva, la social, la familiar, la íntima, la emocional, entre otras; es así como se identifica que un problema común entre los sujetos que debido a sus padecimientos cardio-pulmonares y a los largos periodos de hospitalización que van desde una semana hasta meses, es que sufren diversos problemas emocionales que repercuten en el tiempo de recuperación, tales como lo son: estrés, ansiedad, miedo a lo desconocido, aislamiento, inseguridad, rebeldía, entre otras.

A partir de esta problemática sobre la cual se pretende intervenir, surge la idea de realizar un taller para favorecer la conducta de las emociones en esta población, pero

¿Cómo realizar un taller que atienda a toda la población desde la pedagogía? Evidentemente es una tarea muy compleja por lo cual se decide enfocarlo a los adolescentes ya que como se observó por vario tiempo esta población se encuentra aún más inerte emocionalmente ya que tienen comportamientos más radicales como lo son aislamiento o por el otro lado una extrema rebeldía, también resulta más factible enfocarse a dicha población ya que el campo de desarrollo profesional del sustentante es “adolescencia y la formación del sujeto”.

Cabe mencionar que los adolescentes hospitalizados tienen bastante tiempo libre el cual desde el punto de vista pedagógico pueden ocuparlo en actividades formativas que apoyen a favorecer el desarrollo integral del adolescente y de esta manera evitar en la medida de lo posible conductas emocionales negativas que afecten su pronta recuperación o en su defecto en la esfera psico-afectiva, dichas actividades deben estar apegadas al objetivo principal de la pedagogía hospitalaria “ofrecer a los sujetos ingresados en los centros hospitalarios la mejor calidad de vida posible y una actividad educativa que les permita superar su enfermedad de manera más rápida” (Guillén y Mejía, 2002: 20); Para llevar a cabo dicha propuesta es necesario primeramente plantearse cuales son las funciones del orientador dentro del instituto así como las habilidades y destrezas que este requiere para desenvolverse de manera satisfactoria dentro del mismo de igual manera cual es el alcance y límites de su participación así como las problemáticas que le competen atender; desde una perspectiva personal el papel que tomará el orientador será

“... fundamentalmente, guiar, conducir, indicar de manera procesual 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, a comprender que él es una unidad con significado capaz de y con derecho de usar su libertad, de su dignidad personal, dentro de un clima de igualdad de oportunidades y actuando en calidad de ciudadano responsable, tanto en su actividad laboral como en su tiempo libre” (Rodríguez, 1986 ,citado por García, Cantón y García, 1990: 3).

Es importante mencionar que realizar la presente propuesta de intervención favorece a los diversos actores que participan dentro de la misma inclusive al contexto en que se desarrolla; en primer lugar y tomando en cuanto los objetivos propuestos en el presente protocolo se beneficia a los adolescentes en situación hospitalaria ya que a partir de su condición tienden a desarrollar diversas características emocionales que convergen en el desarticular la integridad del sujeto y atendiendo a los principios de la pedagogía hospitalaria y de la orientación educativa, es responsabilidad del pedagogo fungir como un guía que ayude a

“Aconsejarle acerca de sus problemas, asistirle a la formulación de planes para aprovechar al máximo sus facultades y ayudarle a tomar decisiones y realizar las adaptaciones que sirvan para promover su bienestar en la escuela en la vida y en la eternidad. Así como proceso destinado a ayudar al individuo a su adaptación presente y en su planificación de la vida posterior” (Kelly, 1961:442, citado por García, Cantón y García 1990).

Por otra parte la relevancia que tiene la presente propuesta es precisamente para el sustentante, que como sujeto en construcción de su formación profesional le servirá como primer acercamiento a un proyecto formal además de adentrarse en el ámbito en el cuál le interesa desarrollarse profesionalmente; por último beneficia al propio Instituto de alta especialidad médica ya que tiene como principio la atención plenamente humanista por parte del equipo multidisciplinario que atiende al sujeto en situación de enfermedad, el beneficio sería a que ellos como instituto en busca de la integralidad del paciente implementaran el programa para ayudar al sujeto a tener una estancia con atención psicopedagógica y que aunado a los demás servicios a los que se puede acceder dentro del mismo se lograría una atención integral y de calidad.

Las interrogantes que se desarrollaron a lo largo de la presente investigación y propuesta son:

¿De qué forma fortalecer la inteligencia emocional para favorecer la salud de adolescentes en condiciones hospitalarias?

¿Cuál es la importancia de formar profesionales que atiendan problemas pedagógicos dentro del sector salud?

¿Qué características posee el adolescente en la esfera biológico, psicológico y social durante la etapa de la adolescencia?

¿Cuáles son las principales características emocionales que desarrollan los adolescentes en condiciones hospitalarias?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta pedagógica para fortalecer la inteligencia emocional y favorecer la salud de adolescentes en condiciones de hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la importancia de formar profesionales que atiendan problemáticas de índole pedagógica en instituciones hospitalarias.
- Conceptualizar la adolescencia en sus esferas de desarrollo biológico, psicológico y social e, identificar su alteración en condiciones hospitalarias.
- Identificar cuáles son las principales características emocionales que desarrollan los adolescentes en condiciones hospitalarias.

A partir de las preguntas de investigación esos modelos, así como de los objetivos me dispuse a investigar sobre el tema y ver qué acciones se han tomado referente a esta problemática, y decido tratar el tema desde una visión humanista en donde retomo el modelo de inteligencia emocional; entre se encontraba el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey, y el modelo de inteligencia emocional de Daniel Goleman.

Mayer y Salovey fueron los primeros en utilizar el concepto de inteligencia emocional, sin embargo, este concepto no tuvo gran importancia hasta mucho después, de igual manera muchos autores comenzaron a poner atención en eso y comenzaron a investigar más sobre el tema.

El modelo de Mayer y Salovey considera que la Inteligencia Emocional se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas, que son:

“La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Fernández y Extremera, 2004: sin página).

La presente propuesta pedagógica se compone de cuatro apartados los cuales son: d) la comprensión y descripción del problema educativo que se construyó en el cual se desarrolla el planteamiento y la delimitación del problema realizado. e) Perspectiva teórica, metodología y especificación del tipo de material o programación didáctica en donde como principales perspectivas teóricas se conceptualiza que es la Pedagogía Hospitalaria cuál es su origen y referentes teóricos así como sus alcances, también se describe el desarrollo de la Pedagogía Hospitalaria en México, por otra parte se hace referencia a los conceptos de inteligencia y educación emocional, para concluir con la influencia de las emociones en el estado de salud tanto de manera negativa como positiva en el adolescente hospitalizado. f) Los sujetos destinatarios y su contexto socioeducativo en el cual se habla sobre la adolescencia como etapa de desarrollo humano y sus diferentes características como son desarrollo fisiológico, formación del autoconcepto, necesidades sociales y búsqueda de identidad, recordemos que es la población a quién va dirigida la presente propuesta y en cuanto contexto socioeducativo se desarrolla a partir de la educación no formal. g) Diseño didáctico de la Propuesta Pedagógica. Clarificación de los tipos de contenidos, actitudes y procedimientos que se trabajarán en la propuesta; objetivos didácticos elaborados; actividades de enseñanza y aprendizaje diseñadas y sistematizadas; en la presente propuesta se desarrolla un taller el cual se divide en tres bloques de dos sesiones cada uno en el cual en el primer bloque se desarrollan actividades para el conocimiento y reconocimiento de las propias emociones, en el segundo bloque se desarrollan actividades para fomentar la regulación emocional así como buscar la manifestación de mayores emociones positivas y en el tercer bloque se desarrollan actividades para fomentar la

convivencia y control de las emociones tanto en el hospital como en la vida diaria. Por ultimo h) Conclusiones en los cuales se exponen los aprendizajes adquiridos.

D) COMPRENSIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EDUCATIVO QUE SE CONSTRUYÓ

El siguiente planteamiento se centra a partir de observar dentro del instituto “Dr Ignacio Chávez” muy poca relación entre personal médico y personal sociosanitario en general, lo cual incluye a los profesores titulares de grupo; partiendo de la hipótesis que el individuo en situación de hospitalización es vulnerable ya que diversas esferas de su vida se encuentran endebles como lo son la afectiva, la social, la familiar, la, íntima, la emocional, entre otras; es así como se identifica que un problema común entre los sujetos que debido a sus padecimientos cardio-pulmonares y a los largos periodos de hospitalización que van desde una semana hasta meses, es que sufren diversos problemas emocionales que repercuten en el tiempo de recuperación, tales como lo son: estrés, ansiedad, miedo a lo desconocido, aislamiento, inseguridad, rebeldía, entre otras.

A partir de esta problemática sobre la cual se pretende intervenir, surge la idea de realizar un taller para favorecer la conducta de las emociones en esta población, pero ¿cómo realizar un taller que atienda a toda la población desde la pedagogía? Evidentemente es una tarea muy compleja por lo cual se decide enfocarlo a los adolescentes quienes físicamente se encuentran dentro del área pediátrica del inmueble, aunque hay una variada población que va desde lactantes hasta adolescentes de 18 años se fijó un mayor énfasis en la población adolescente ya que es el campo donde el sustentante tiene mayor conocimiento por ser su campo de acción profesional, siendo más específicos la propuesta estará dirigida a sujetos de entre 12 años a los 18 años de edad con los cuales se buscará principalmente favorecer a través de un ambiente de integración y participación regular la conducta de las emociones de manera positiva y evitar en la medida de lo posible conductas negativas.

Una vez que se observó por vario tiempo esta población, se concluye que los adolescentes se encuentran aún más inermes emocionalmente ya que manifiestan comportamientos más radicales como lo son aislamiento o por el otro lado una extrema rebeldía; Para ello es

importante conocer la etapa de la adolescencia así como las características principales emocionales del adolescente en situación de hospitalización así como los factores principales que causan conductas negativas en ellos de la misma manera es importante conocer cuál es el rol del adolescente enfermo en los principales ámbitos en los que se desenvuelve como lo son la familia, la escuela, relaciones con iguales y el hospital mismo esto con la finalidad de entender sus principales necesidades y a partir de estas diseñar actividades que repercutan actitudes emocionales positivas y porque no decirlo desarrollar la auténtica regulación emocional en dichos adolescentes.

El hablar del manejo de emociones resulta bastante controversial ya que pareciera que el manifestarlas de manera espontánea es inapropiado sin embargo en la presente propuesta lo que se busca es que el adolescente en situación hospitalaria pueda manejar las emociones de manera adecuada para evitar en la medida de lo posible trastornos emocionales que afecten su vida posterior como lo son ansiedad, miedo, intolerancia, frustración entre otras, sin embargo las emociones negativas suelen manifestarse muy comúnmente en estos ámbitos hospitalarios debido al medio hostil en el que se desenvuelven que conlleva diversos aspectos como lo son la falta de información respecto de su enfermedad, la separación de la familia, ruptura de su vida social e inclusive la pérdida de intimidad, como lo son angustia, el miedo, la frustración entre otras que puedan repercutir directamente en su estado de salud ya que “la enfermedad rompe con la continuidad pudiendo hacer problemático el comportamiento humano. Esta discontinuidad producida por la enfermedad tiene muchas repercusiones” (Fernández, 2000:142), es por ello que la propuesta tiene fines preventivos y de apoyo al tratamiento médico ya que a partir de favorecer una actitud positiva se logrará una mayor motivación a la recuperación de la enfermedad.

Por lo cual las actividades tendrán como principal objetivo la conciencia emocional, así como la regulación de las mismas, las cuales favorecerán su pronta recuperación a la vez que su estancia hospitalaria sea lo más placentera posible.

E) PERSPECTIVA TEÓRICA, METODOLÓGICA Y ESPECIFICACIÓN DEL TIPO DE MATERIAL O PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA REALIZADA

E.1 PERSPECTIVA TEORICA PEDAGOGIA HOSPITALARIA

E.1.1.1 ANTROPOLOGÍA Y PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Es de vital importancia hacer una aproximación a la antropología el concepto de salud y de pedagogía hospitalaria con la finalidad de tener una visión del desarrollo del adolescente centrado tanto en la salud como en la educación recordemos que el objetivo principal de este trabajo es ver al sujeto de una manera íntegra, aun cuando su situación de vulnerabilidad le impida desarrollarse de manera óptima en las diversas esferas de su vida. Primeramente, es básico tener una concepción clara del ser humano para lo cual tomaré el concepto de Kant:

“La persona es un fin en sí mismo y su valor no radica en sus rasgos externos, tampoco en el quehacer o en lo que dice, sino en el hecho de ser persona, es decir, de ser un fin en sí mismo, alguien que no tiene precio y cuyo valor no puede ser cuantificado” (Torralba, 2008: 24)

A partir de esta concepción veremos las diferentes características del ser humano que hacen que tanto la enfermedad como la salud no sean ajenas a la experiencia humana y que obligatoriamente cualquiera que sea la situación del ser humano va a impactar directamente en su proyecto de vida

La persona como un ser libre, y donde el sujeto sea cual sea su condición debe aceptarla y sacar el mayor provecho posible, así como ser responsable de su propia libertad y el grado en el que la ejerce.

La persona un ser social, solo a partir de la comunicación la persona logra su realización plena, cabe mencionar que también el sujeto debe estar en plenitud consigo mismo.

La persona como un ser íntegro, en donde cada persona está formada de valores, actitudes, sentimientos y diversas condiciones que lo definen y particularizan del resto, en donde la

finalidad es que cuerpo-alma-mente estén en armonía “la persona única y total forma una sola realidad y un solo ser” (Torralba, 2008: 27).

La persona es vulnerable, es aquí en donde se pretende dar mayor énfasis ya que como sabemos la persona es vulnerable, de la enfermedad, dolor, sufrimiento, muerte y demás condiciones anómalas que pueden fragmentar la condición de conformidad de la persona, recordemos que esta es la principal característica del adolescente en situación de enfermedad.

A grandes rasgos ya que de este punto se tratará más profundamente en otro apartado, la pedagogía hospitalaria busca intervenir en la educación en niños con problemas de salud; por su parte la OMS define a la salud como estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona, es decir que estas dos disciplinas trabajando en conjunto deberían lograr una exitosa labor socioeducativa ya que se abordarán problemas de índole médica y social que concluirán en la búsqueda de la complejidad y/o integralidad del ser humano.

Sin duda alguna es una tarea muy compleja tratar de definir al ser humano en sus diferentes dimensiones así como las situaciones particularmente complejas que se le puedan presentar como es la situación de enfermedad, el hombre antropológicamente hablando “se convierte en antropólogo ya que trata de comprenderse a sí mismo y comprender a sus semejantes y esta interacción repercute siempre sobre lo que el mismo hace” (Torralba, 2008: 34), el cual implica el conocimiento del entorno en donde se desarrolla y el comportamiento tanto de sí mismo como del resto de los sujetos en el ámbito en donde se desarrolla.

E.1.1.2 ORIGENES Y APROXIMACIÓN AL CONCEPTO: PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La pedagogía hospitalaria surge a partir de la Pedagogía Terapéutica la cual tenía como finalidad el tratamiento de discapacidades aunado a la enfermedad, posteriormente surge lo que llamaron ‘Educación Especial’ la cual se da a partir de configurar nuevas necesidades asistenciales especiales dentro del hospital, con el tiempo se acuña el término ‘inclusivo’ que busca particularmente atender a necesidades en las diferentes etapas de la enfermedad como lo son “ el ingreso, la estancia y el alta, y a los colectivos implicados: los padres, los profesionales y el voluntariado” (Grau y Ortiz, 2001: 19) y donde la atención se extenderá en

los diversos contextos del niño hospitalizado como lo es propiamente el hospital, su domicilio particular y la escuela ya que son los tres ámbitos en donde se desenvuelve principalmente.

Todo esto se desarrolló en el siglo XIX en Francia, en donde “se vislumbra por primera vez la posibilidad de enriquecer el tratamiento médico con un tratamiento educativo” (Grau y Ortiz, 2001: 21) en donde personajes como María Montessori y Decroly hacen las primeras aportaciones valiosas para el campo que está en vísperas de conformarse y cuyos principios en los que se basan son: atención personalizada, aprendizaje globalizado, estimulación corporal así como el uso del juego libre como herramienta básica de la enseñanza ya para el siglo XX el campo empieza a conformarse con un equipo multidisciplinario integrado por: psicológicos, médicos, pedagogos y las ciencias sociales aunque aún con un enfoque terapéutico- correctivo que pretende “la formación de la personalidad junto a la integración social, compensando el déficit o la enfermedad y propiciando el desarrollo de las potencialidades subyacentes” (Torralba, 2008: 23) para lo cual no solamente es necesario atender a los niños en situación de enfermedad sino que es necesario brindar atención a la familia, crear profesionales que atiendan a dichas necesidades, también psicoterapeutas, psicólogos y demás equipo profesional que resulte necesario para brindar el apoyo.

Como conclusión la pedagogía Hospitalaria tiene su fundamento en la pedagogía terapéutica y que pretende intervenir “en la educación de los niños con necesidades educativas especiales derivadas de sus problemas de salud” (Torralba, 2008: 24), a la vez que se articula con la educación especial que es dar atención a niños en situación de marginalidad no perdamos de vista que la enfermedad es en cierta manera una situación que margina al niño de desarrollar su vida como lo haría un niño que goza de plena salud.

Fundamentalmente la pedagogía hospitalaria tiene fines educativos, es decir que su principal función es compensatoria ya que busca atender a los niños que llevan largos periodos de hospitalización para que puedan reintegrarse a sus escuelas de origen, basándose en el término ‘educación inclusiva’ es decir que:

“se debería acomodar a todos los niños, sin tener en cuenta sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas... puesto que la

inclusión y la participación son esenciales para la dignidad humana y para el disfrute del ejercicio de los derechos humanos” (Arnáiz y Ortiz, 1997).

Esto demandará sin duda alguna la transformación del sistema educativo para así atender de manera satisfactoria las necesidades de los alumnos en situación vulnerable, ya que actualmente los sistemas educativos tradicionales han fracasado al fomentar el individualismo y la competencia y dejado de lado los componentes socio afectivos que requieren estos niños vulnerables para propiciar un desarrollo menos limitado teniendo en cuenta ya sus propias limitaciones producto de su enfermedad.

Y ¿cómo hacer que los alumnos se reintegren a sus escuelas de origen?, evidentemente había que crear espacios propicios y acorde a las limitaciones de los niños en situación vulnerable; para esto fue necesario crear aulas hospitalarias con un ambiente adecuado para su desenvolvimiento y para esto es fundamental que cumpla con ciertas características como lo son: un docente profesionalmente hablando capaz de generar entre el alumnado un ambiente óptimo y de inclusión entre los alumnos, dar un énfasis en la calidad de la enseñanza y aprendizaje significativo en los niños y por último tener una visión clara de comunidad escolar es decir en donde se puedan incluir padres de familia, maestros de la escuela de origen, médicos, psicólogos y todos aquellos actores importantes en la vida del niño, esto nos llevara a una autentica inclusión educativa que favorecerá a desarrollar una vida integra en el niño enfermo.

E.1.1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud debe considerarse como esencial en todos los ámbitos de la vida, en este sentido el enfermo tiene una necesidad especial en cuanto a cuidados físicos evidentemente, sin embargo considero de gran importancia no dejar de lado la educación emocional del adolescente ya que el principal objetivo del presente trabajo es en la medida de lo posible que el sujeto logre que las esferas de su vida se encuentren en el mejor balance posible; para ello es necesario educar las emociones para un estado de salud óptimo.

“Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación:

referencial al hombre intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación o relación), desarrollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (López - Barajas, 2000 en Perea 2004:5)”

Específicamente la educación en el sector salud se ha visto mayormente enfocada en la población infantil hospitalaria, sin embargo esta educación va dirigida mayormente a los adultos responsables de ellos como pudieran ser padres de familia, abuelos o quien este al cuidado de su salud, con la finalidad de que brinde los cuidados necesarios para su correcta y optima recuperación incluso estos programas vislumbran la necesidad de que el adulto responsable tenga una correcta “actitud” durante el periodo de enfermedad con la finalidad de que esta actitud se transmita al niño y favorezca el proceso de recuperación, lo cual me hace pensar que se conoce la necesidad de educación emocional y en este sentido considero de vital importancia que la educación sea centrada en el sujeto así mismo que sea personalizada y adecuada a las necesidades especiales del individuo además enfocada en aprendizajes que sean significativos y para la vida.

“Esta disciplina se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa de educación para la salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleada esta terminología por primera vez en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil” (Perea, 2004:16).

Formalizar la educación para la salud ha sido benéfico ya que los cuidados paliativos han resultado ser fundamentales en los procesos de recuperación, adicional a estos programas la implementación de un programa pedagógico enfocado en el cuidado emocional complementaría en gran manera el cuidado del sujeto para ello Perea comenta que “en el año 1977 se edita un documento que regula las funciones del educador en el sector salud” (Perea 2004:16) con esto se reafirma la necesidad de una figura pedagógica integral dentro del sector hospitalario.

“El número de programas ha ido en aumento, considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, elevar el nivel de bienestar en la sociedad” (Rothman y Byrne, 1981 en Perea 2004:16).

Es decir que la finalidad de la educación para la salud es favorecer conductas positivas en el sujeto a la vez que obtiene aprendizajes, referente al contexto hospitalario en el cual puede visualizar la necesidad de asistencia emocional es decir un hospital de 3er nivel en donde los padecimientos son crónico degenerativos, que incluso puede llevar al deceso del sujeto la educación debería ser brindada a lo largo de la vida y no solo durante su estancia hospitalaria, en la cual el sujeto pueda entender su condición anómala y educarse respecto a la misma para poder hacer frente y tener una mejor calidad de vida.

“Aunque la educación para la salud tiene una función preventiva y continua que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal motivo no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral” (Perea, 2004:17).

Como menciona Perea la necesidad de educación surge por una situación anómala de enfermedad en el sujeto sin esta condición no podría existir la pedagogía hospitalaria que como tal la obligación de atender las necesidades del individuo en cuestión siempre respetando las preferencias del individuo, es decir:

“La finalidad de la educación para la salud es implicar a la población en el sentido de lo que Pablo Freire llama concienciación, es decir, tiene que ver con el desarrollo de una conciencia que permita que la gente mire con visión crítica sus circunstancias como primer paso para cambiarlas” (Perea, 2004:163).

En este marco la educación para la salud busca desarrollar actitudes que tengan como consecuencia un estilo de vida saludable en la medida de lo posible.

En el plano real la tarea no será fácil ya que habrá situaciones negativas o un sentido de resistencia por parte del enfermo, sin embargo, el pedagogo como profesional con una formación holística contará con las herramientas necesarias para influenciar de manera positiva en el proceso de educación emocional del enfermo.

Desde un punto de vista pedagógico y la formación integral del sujeto resulta de vital importancia considerar dentro de este proceso de educación de las emociones trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario el cual incluye médicos, enfermeras, familia, escuela, recordemos que el cambio de un estado de salud a un estado de enfermedad puede resultar un shock para las diferentes esferas de su vida como comenta (Leal, Llach y Moreno en Ortiz, 1999: 7):

- En el momento de ingreso, el niño puede reaccionar con irritabilidad, gritando, llorando rebelándose; luego se vuelve hosco, retraído, triste y finalmente se resigna y adapta.
- Durante la estancia en el hospital, el niño sufre una serie de trastornos como consecuencia de la separación del ambiente familiar, de la permanencia en un ambiente extraño y de la carencia de las relaciones afectivas adecuadas, como son: la seudoadaptación, los sentimientos de culpa y ansiedad, las fantasías y temor a la mutilación, el abandono y la muerte.

Como mencionaba anteriormente es una labor holística en la cual debe haber participación activa por parte de todos los miembros del equipo multidisciplinario, en donde el especialista en educación tendrá la responsabilidad de guiar según los principios de la educación en el sector salud, como menciona Perea: "Las actuaciones en educación para la salud han de conseguir ir dotando de propuestas culturales relativas a la salud, en las que el conjunto de hábitos y actividades saludables y de prevención pasen a formar parte del quehacer diario". (Perea 2004:163).

La educación para salud es un campo de suma importancia dentro de los procesos hospitalarios en el cual se ha dado la responsabilidad al profesional en educación la

definición de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida, sin embargo, en su mayoría se centran en la formación de quienes están al cuidado del enfermo, he aquí el deseo de intervenir con el diseño de un programa dirigido al adolescente enfermo para impartirse dentro del contexto hospitalario.

E.1.1.4 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA EN MÉXICO

En el año 2005 se crea en México un programa de Pedagogía Hospitalaria el cual pretende atender necesidades educativas principalmente las relacionadas con rezago educativo a través de un acuerdo entre Secretaria de Educación Pública- Secretaria de Salud que en conjunto denominan al programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital” el cuál tiene como principal función combatir el rezago educativo causado por los largos periodos de hospitalización a causa de una enfermedad crónico-degenerativa y bajo el estándar de una educación inclusiva, lo que respondería al artículo 3ro de nuestra Constitución Política que refiere a una educación digna, de calidad y obligatoria para los ciudadanos, es decir que este programa debe “Asegurar la continuidad de la educación para aquellos niños enfermos que, tras un ingreso hospitalario, deban convalecer en el propio domicilio por un periodo largo” (Memoria del diplomado, 2018:19), o sea que se debe garantizar la atención educativa del niño enfermo tanto en el centro hospitalario como en su domicilio en caso de que la enfermedad le impida asistir a su centro educativo de origen y así mismo se debe contar con el personal docente capacitado para brindar esta asistencia educativa especial.

El programa se conforma a partir de cinco componentes que en conjunto logran eficientar esta labor pedagógica las cuales son:

Vinculación con el sector salud, este es el principal enlace que existe ya que sin este acuerdo sería imposible revalidar los estudios tanto por parte de la institución sanitaria como por la Secretaria de Educación, así como de proveer de material didáctico y recursos humanos y por parte de la Institución hospitalaria adecuar espacios para llevar a cabo las actividades pertinentes.

Enlace con estados e instituciones, este programa se lleva a cabo a nivel nacional pero aún no se logra cubrir el cien por ciento de la totalidad de hospitales de tercer nivel (atienden

especialidades y/o enfermedades crónico degenerativas) por lo cual se busca esta vinculación constantemente con diversos estados de la República Mexicana.

Sistema de Administración de Información y Seguimiento, es un sistema digital en donde se le da seguimiento personalizado a los avances y aprendizajes de los alumnos institucionalizados para que al finalizar el internamiento se pueda mandar con su profesor de escuela de procedencia y así este pueda llevar a cabo una evaluación pertinente.

Investigación en pedagogía hospitalaria y Escuela Hospitalaria de Educación Básica en el Distrito Federal, con la finalidad de contribuir en la solidificación del campo, combatir el rezago educativo, así como de propiciar nuevas alternativas para una inclusión educativa se mantiene una constante investigación del campo en diversas instituciones de salud que cuentan con dicho programa que se da a nivel básico es decir únicamente preescolar, primaria y secundaria.

Actualmente el programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital” cuenta con una cobertura de 30 aulas a lo largo del país y tiene como meta seguir cubriendo la mayor parte de los hospitales de tercer nivel dentro del mismo, además de profesionalizar a toda su plantilla docente ya que el profesional requiere características especiales debido a la naturaleza de la población con la que interactúa que va desde atención a grupos multigrado hasta el desarrollo de competencias emocionales que les permitan atender de manera adecuada a dicha población “es necesario que cada profesional de la educación realice la adaptación de modelos, programas, estrategias y propuestas, con el fin de intervenir de manera óptima en el contexto hospitalario, cuyos beneficiarios principales son siempre los niños y jóvenes enfermos” (memoria del diplomado, 2018:21); para ello ha implementado un Diplomado en Pedagogía Hospitalaria el cual debe acreditar forzosamente cualquier aspirante a estar frente a grupo dentro de este programa.

Como se menciona en la página oficial del programa de pedagogía Hospitalaria, los objetivos son: SEP (2020)

- Constituir una alternativa pedagógica que garantice el derecho a la educación básica de niñas, niños y adolescentes con enfermedades crónicas, o en tratamientos

médicos prolongados en instituciones del sector salud, con base en los principios de inclusión y equidad.

- Incorporar al Sistema Educativo Nacional y dar continuidad escolar a los alumnos en condición hospitalaria que por este motivo se encuentran en riesgo de abandono escolar, con el fin de elevar el índice de eficiencia terminal.
- Potenciar el desarrollo de competencias educativas a través de una propuesta metodológica dirigida a grupos multigrado que responda a las necesidades del alumno, a partir de adecuaciones curriculares, basadas en el Plan y programas de estudio vigentes.
- Fortalecer la intervención educativa en el contexto hospitalario y los procesos asociados, a través de la investigación y el diseño de estrategias didácticas, materiales de apoyo, instrumentos de seguimiento y evaluación del desempeño.
- Propiciar el desarrollo de competencias docentes hospitalarias, a través de programas de capacitación y acompañamiento que eleven la calidad de la intervención educativa.
- Dar certeza a la información escolar y estadística de los alumnos atendidos a través del Sistema de Administración de Información y Seguimiento.
- Favorecer la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de las condiciones de infraestructura, recursos tecnológicos, insumos materiales y servicios generales de las aulas hospitalarias a través de la vinculación y coordinación con el sector salud.

Además, se han hecho valiosas publicaciones que van desde memorias hasta sugerencias de técnicas de intervención en el aula hospitalaria:

- Apuntes de Pedagogía Hospitalaria
- Estrategias y abordajes específicos
- Sugerencias Didácticas para la intervención educativa en el hospital. Conociendo el Mundo
- Sugerencias Didácticas para la intervención educativa en el hospital. La Ciencia en Juego

Sin duda es un proyecto de gran importancia que realmente ha contribuido en la eficiencia terminal en educación básica, cabe resaltar el papel del pedagogo como figura principal:

“Han de ser personas imaginativas que cultiven el difícil arte de la improvisación creativa y de 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 evaluación clínica” (Polaino-Lorente en Ortiz, 1999:9)

De esta manera los profesores dan seguimiento al currículo de su centro educativo de procedencia adaptándolo a las necesidades individuales del niño, es decir el profesor es un profesional capaz de llevar a cabo las tareas necesarias dentro del programa que van desde la gestión del programa, formación del profesorado, planeación de secuencias didácticas hasta la participación directa frente a grupo con la finalidad de que el niños/adolescente desarrolle hábitos de trabajo para que su reingreso a la escuela de origen se de en las mejores condiciones.

Por lo anterior y al estar inmersa directamente en el proyecto, pude notar que entre los diferentes dificultades por parte del docente en las aulas educativas es la resistencia por parte de los adolescentes derivado de su situación de deterioro o incapacidades físicas, situación anímica entre otros al tomar los contenidos educativos planificados, es por ello que surge la idea de intervenir desde la perspectiva de una educación emocional la cual no esta tan alejada de la realidad ya que si un sujeto se encuentra inestable emocionalmente muy difícilmente podrá adquirir conocimientos educativos y formativos así como desarrollarse de una manera plena cuando este se inserte de nueva cuenta en su institución educativa de origen.

E.1.1.5 ENFERMEDAD Y NECESIDADES EDUCATIVAS

La Pedagogía Hospitalaria en México y América surge como respuesta a un problema de deserción escolar por motivos de enfermedad, sin embargo, esta corriente pedagógica se encuentra en constante evolución ya que en el camino se han detectado otro tipo de necesidades asistenciales que pudieran deteriorar la correcta reinserción de los alumnos a sus centros educativos de origen.

Como mencionaba en un apartado anterior la OMS define a la salud como estado completo de bienestar físico y social en donde por ende si alguna de las partes se encuentra con algún tipo de alteración se pasa inmediatamente a un estado de enfermedad. Las causas de las enfermedades son por diferentes factores los cuales repercuten directamente en su estado de salud. En un adolescente que tiene un nivel cognitivo desarrollado y ya es consciente de las repercusiones a las cuales lo puede llevar su estado de enfermedad y en el cual sus actividades rutinarias se ven afectadas puede sufrir alteraciones de tipo emocionales, como mencionan Valdés y Flores (1995):

“El nivel de comprensión por parte de un niño del proceso de enfermedad y de las causas que los producen va a depender de su edad y nivel de desarrollo intelectual; parece ser que los niños de mayor edad y por tanto con mayor nivel y desarrollo cognitivo muestran, en relación a los niños más pequeños, una mejor comprensión del proceso, en tanto se refiere a la enfermedad en general como a su propia enfermedad”

El adolescente al ser un individuo en búsqueda de identidad y en una etapa de desarrollo muy social, puede verse afectado anímica y emocionalmente, de hecho (Gutierrez y Muños 2013:132) mencionan algunos síntomas que aparecen con más frecuencia:

- Alteraciones conductuales (agresividad, desobediencia y conductas de oposición).
- Déficit de atención y dificultad para la concentración.
- Ansiedad (ansiedad de separación, miedos y tensión).
- Depresión (tristeza, pérdida de apetito, poca energía y alteraciones de sueño).

En este contexto la Pedagogía Hospitalaria tiene como principal objetivo evitar retrasos y/o deserción escolar, sin embargo, a pesar de que se detectan necesidades asistenciales en la esfera emocional que permitan a la vez procesos de enseñanza-aprendizaje óptimos no se están desarrollando programas educativos dirigidos a esta población, sin embargo, dentro de los derechos del niño o joven hospitalizado se menciona:

“Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos,

expresivos y culturales, haciendo hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit” (Memoria del diplomado: 2018, 85).

En este sentido la Pedagogía Hospitalaria en conjunto con el de Sector Salud, asumen la responsabilidad de atender los derechos de niños y jóvenes en situación de vulnerabilidad por enfermedad teniendo como principios: (Memoria del diplomado: 2018, 19).

- Defender y garantizar el derecho de los niños hospitalizados a recibir una educación apropiada a sus necesidades individuales.
- Asegurar la continuidad de la educación para niños enfermos.
- Promover la figura del pedagogo y del profesor hospitalario.
- Actuar de mediadora entre todos los implicados en el campo de la atención de la hospitalización infantil (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales...).

Como respuesta a las necesidades educativas por situación de enfermedad surge la Pedagogía Hospitalaria que a su vez responde a los derechos de los niños y adolescentes enfermos.

Este campo educativo está en un constante proceso de transformación ya que busca atender a la diversa población y sus diferentes situaciones físicas y psicológicas dentro del contexto hospitalario.

E.1.1.6 REFERENTES TEÓRICOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Este apartado tiene como función principal mencionar a los autores que con su aporte teórico se inició el campo de la Pedagogía Hospitalaria, con la finalidad de que al llegar al quinto capítulo se entienda el porqué de la temática de las actividades.

Como ya vimos la Pedagogía Hospitalaria tiene sus orígenes en la educación especial, por tal motivo responde a necesidades de índole educativo y socio-afectivo dentro de instituciones hospitalarias, como pionera y no es de asombrarse por su formación profesional primeramente dentro las ciencias de la salud con un Doctorado en Medicina y después un gran interés en la educación sobre todo naturalista se encuentra María Montessori quien a partir de trabajar en instituciones hospitalarias vio la necesidad de complementar el

tratamiento médico con el educativo con la finalidad de mejorar su calidad de vida a partir de un esfuerzo interdisciplinario por parte de los diversos actores dentro del hospital además se interesó en la antropología de la Pedagogía inclusive llegó a proponer que la psicología y la pedagogía deberán ser complementarias en el proceso educativo es decir sugiere que la formación del profesional debe ser el Psicopedagogo el cual tendrá como función principal dar “ayuda hasta que la personalidad humana pueda conquistar su independencia, de un medio para liberarla de la opresión de los prejuicios antiguos sobre la educación” (Montessori, 1986: 14), ella sugiere que principalmente deben atenderse las necesidades que el niño “anormal” (como ella los llamaba) demande ya que “la educación debe inspirarse en la naturaleza y las leyes del niño” (Château, 1959: 298) para lo cual propone un método en donde el niño tiene un papel activo durante el proceso de aprendizaje ya que funge como un explorador es decir dentro de un espacio adecuadamente adaptado el niño elegirá dentro de las diversas actividades cual es de su interés , para lo cual es fundamental la personalidad de la persona en el proceso ya que como menciona “es la personalidad humana lo que hay que considerar” (Montessori, 1986: 14) de hecho la personalidad del individuo para ella es un principio educador del cual se debe partir, por tal motivo se ha hecho gran énfasis en trabajar con la personalidad del adolescente dentro de la actual propuesta.

Montessori propone como actividades principales para el aprendizaje autónomo el juego, el dibujo libre, y toda actividad que conlleve a la exploración por parte del sujeto en cuestión en donde el profesional en educación fungirá como un supervisor y en su defecto únicamente estimulara el aprendizaje de acuerdo a las necesidades observadas.

Para ella también es importante que la educación se dé dentro de un ambiente de sociabilidad lo que nos lleva también a una coeducación, esto es importante dentro de su teoría ya que menciona que se ha educado para el individualismo lo cual nos ha llevado a la desigualdad, injusticias, marginación e incluso guerras, para ella el fin último de la educación es la emancipación de la humanidad donde lo único que debe gobernar es el amor y la paz.

El segundo gran aportador dentro de la Pedagogía Hospitalaria es Olvide Decroly quién también tuvo como primera formación profesional la de Médico, después de trabajar con niños con enfermedades psicológicas intento instaurar métodos para el aprendizaje en ellos,

su principal herramienta siempre fue la observación extremadamente metódica, al igual que Montessori llama a los niños ingresados en instituciones hospitalarias ‘anormales’ e incluso hizo experimentos de comparación entre niños ‘anormales’ contra niños ‘normales’ , llegando a concluir que el medio tanto físico como familiar en donde se desarrolla el niño influye sobre su aprendizaje, por ende el hospital tanto como espacio de desarrollo como por la condición física del niño no favorece el aprendizaje como un niño en perfectas condiciones de salud y en un ambiente óptimo de desarrollo.

Decroly habla de la enseñanza colectiva y global, en donde propone que el juego, la estimulación de la imaginación y la sociabilidad son una herramienta básica para este tipo de aprendizaje, definió su propuesta como “la escuela por la vida para la vida” (Château, 1959: 256) es decir que debe responder a las necesidades del individuo, por ende, la personalidad de la persona juega un papel vital, se debe para ello conocer: Château (1959)

- a) Conocer la personalidad del niño; toma de conciencia de su yo, aspiraciones, fines, ideales, necesidades.
- b) Conocer el medio en el que se desarrolla, del cual depende y del cual se va a desarrollar, para ello es necesaria como lo mencione anteriormente la observación por parte del profesional.

Para Decroly el fin de la educación es “conducir al niño para hacerse apto para la vida” (Château, 1959: 256), lo cual no está nada alejado de los principios de la Orientación Educativa que son guiar o conducir al sujeto para lograr su autorrealización y de la pedagogía Hospitalaria que es atender un desarrollo integral de la persona.

En la actualidad como menciona Ortiz:

“Se siente ya como una necesidad vital la presencia del profesional de la educación en el hospital y es, por tanto, el momento oportuno para que desde diferentes frentes abordemos su formación, en función de la perspectiva profesional de cada uno, bien desde la educación no formal en general o desde una atención a la diversidad en el contexto del hospital” (Ortiz, 1999:2)

Es decir en el contexto hospitalario la condición de hospitalización del adolescente es una condición de marginalidad primeramente por el hecho de que su educación se vea interrumpida así como su vida social, afectiva, familiar se ven trastocadas aunque la idea es que dentro del contexto hospitalario se pueda llevar una vida lo más normal posible, lo cual partiendo de estos principios metódicos de ambos autores se considera favorable trabajar actividades con aprendizajes para la vida dentro de un clima de sociabilidad que estimule una formación sobre todo humanista, que responda a las diversas necesidades tanto educativas como psicoafectivas de los adolescentes, y en donde será primordial que sean de carácter lúdico recreativo, en donde se estimule la imaginación, la sana convivencia, la expresión, la libertad que son principios básicos dentro la metodología que proponen tanto Montessori como Decroly; sin dejar de lado que regular la conducta de las emociones es la idea central y que a partir de esta temática será planeado el taller.

E.1.1.7 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA PARA UNA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Visualizar a la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y la adultez nos lleva a pensar en cambios tanto físicos como psicológicos, durante esta etapa del desarrollo humano es donde se dan en mayor medida cambios los cuales van a definir la personalidad del sujeto a partir de diversas variables como lo son el autoconcepto el autoestima y el medio ambiente en el cual se desarrolla, la idea de trabajar en la conducta emocional no es más que para evitar que la estancia hospitalaria prolongada no sea un factor que afecte negativamente el desarrollo de la personalidad del adolescente.

Aunque la Pedagogía Hospitalaria inicialmente se ha encargado de trabajar cuestiones compensatorias, se ha ido transformando como menciona Lizasáin:

“La pedagogía hospitalaria se encuentra orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo. Se ofrece como una pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida y el educando y la vida del educador,

y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, transformando su sufrimiento en aprendizaje” (Lizasáin, 2000 en Serradas, 2003:6)

Ya que el contexto hospitalario es un campo de acción demanda cuestiones que van más allá de las escolares pero no quiere decir que se deje de lado el ‘educar’ ya que el trabajar la conducta de las emociones podríamos traducirlo por un educar las emociones y mientras se hable de educación de cualquier índole siempre será campo de acción abierto a la Pedagogía; es por ello que se deben atender todas las circunstancias que tienen al adolescente en situación de inestabilidad emocional como lo es la enfermedad.

Tomando como punto de partida uno de los objetivos de la Pedagogía Hospitalaria que es “ofrecer a los niños ingresados en los centros hospitalarios la mejor calidad de vida posible y una actividad educativa que les permita superar su enfermedad de manera más rápida” (Guillen y Mejía, 2002: 20) es necesario una formación integral del adolescente en donde como integral veo una persona en pleno goce de su libertad en donde la enfermedad no sea un motivo de exclusión ni mucho menos una limitante que le produzca un cierto grado de frustración o alteración de su personalidad es decir que haya un equilibrio tanto emocional, personal, familiar, social y personal para la plena autorrealización del sujeto, que también es un objetivo básico dentro de la orientación educativa ya que la propuesta de la presente investigación tiene que ver con una correlación entre Pedagogía Hospitalaria- Emociones- Orientación Educativa para una atención integra de la persona.

Pero ¿Cómo lograr este cometido?, sin duda alguna no será una tarea fácil pero siendo el pedagogo un profesional con formación holística logrará realizar esta tarea con éxito y para ello recurre a “una serie de técnicas encaminadas a fomentar en estos niños su creatividad, el perfeccionamiento de sus destrezas habilidades, capacidades manipulativas y a la utilización de nuevas tecnologías” (Guillén y Mejía, 2002: 18) aunado a esto es también importante impulsar la parte de la socialización entre la población hospitalaria ya que la interacción entre ellos es de suma importancia ya que se crea un ambiente cálido y de integración, lo cual desemboca en pasar menos tiempo de aislamiento y la convivencia siempre acarreará efectos positivos para la salud así como para el desarrollo de la persona.

Durante la estancia hospitalaria se cuenta con mucho tiempo libre lo cual da pauta a que el paciente pase más tiempo dormido, angustiado, pensativo, preocupado o simplemente sentado contemplando sus alrededores; desde mi punto de vista pedagógico sería conveniente utilizar este tiempo libre en actividades formativas ya que la utilización del tiempo libre acarrearía grandes beneficios como lo es el olvidarse por un momento de su situación anómala que a su vez nos lleva a la construcción de emociones positivas, y esto se atenúa aún más si las actividades son lúdico-recreativas, además de fomentar aprendizajes no solo educativos sino aprendizajes para la vida como lo son fomentar valores, sexualidad, adicciones, cuidados personales, etc.

Es importante que el profesional en orientación trabaje en conjunto con el equipo multidisciplinario así como con la familia ya que de esta manera podrá conocer más a profundidad el entorno en el que se desenvuelve el paciente así como la patología que le aqueja, para poder así ayudarlo en la esfera que le demande mayor atención, por su parte la familia resulta un elemento básico en el tratamiento de las emociones del adolescente institucionalizado ya que son el mayor apoyo que tiene el paciente debido al lazo afectivo que los une, es sustancial que la familia sea emocionalmente madura ya que puede transmitir conductas positivas como son confianza, calma, e incluso a que el adolescente acepte su condición y saque el mayor provecho de ella, por el contrario si la familia se muestra inestable o con actitud negativa ante el padecimiento seguramente lo único que lograra será transmitir esta actitud al propio paciente y atenuara sus emociones negativas, lo cual redundará en la desintegración de la persona.

La idea de una educación integral no es algo nuevo dentro del sistema educativo por el contrario es casi como un estandarte en los currículos escolares aunque esto quede muchas veces en un simple recital, surge a partir de la necesidad de atender a la diversidad, por mi parte veo a la población hospitalizada como una oportunidad de crecimiento de la persona más que como una limitante para el desarrollo de sus capacidades es ver al adolescente como un sujeto en construcción y una oportunidad de guiarlo para “que el sujeto desarrolle sus capacidades interiores: resolver, aprender y decidir o que adquiera un desarrollo especializado-general o que desarrolle sus habilidades intelectuales y emocionales” (Rugarcia, 2013: 7), más que como profesional de la educación como ser humano pienso

que trabajar los diversas circunstancias sociales del siglo XXI como lo es la enfermedad que a nadie le es ajena, es una oportunidad para fomentar una educación humanista en donde los aprendizajes no se queden en la mera transmisión de contenidos sino que sean aprendizajes que le sean realmente útiles a lo largo de la estancia hospitalaria, y de la vida futura; insisto que el manejo correcto de las emociones a partir de la motivación y el acompañamiento redundará en la integralidad de la persona; sé que es un tema algo ambicioso ya que el actual sistema de producción ha fomentado la competencia y el individualismo , por lo tanto es necesario humanizar a la sociedad que últimamente solo se preocupa por sí mismos y todas estas problemáticas sociales les son totalmente ajenas o indiferentes.

E.1.2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

E.1.2.1 CONCEPCIÓN DE EMOCIONES

Hablar de emociones es un tema muy complejo ya que diversos autores le han dado si no un significado distinto si diversas clasificaciones, tampoco es de mi interés desacreditar aquellas emociones que entorpecen el bienestar del sujeto ya que la finalidad no es reprimirlas sino que el adolescente sea consiente de cada una de sus emociones y pueda canalizarlas de manera positiva con la “intención de establecer unas relaciones adecuadas entre el pensamiento y las emociones, como forma necesaria para orientar y dirigir la vida de la persona” (Adam y cols., 2003: 12) ; de esta manera podrá desarrollar habilidades emocionales las cuales podrá utilizarlas como su principal arma frente a su situación de vulnerabilidad.

Las emociones “son reacciones rápidas, impulsivas e intuitivas que experimentamos casi sin darnos cuenta” (Adam y cols., 2003: 13), “Las emociones son un estímulo que conlleva varios estados emotivos... son sentimientos que afectan el pensamiento, la voluntad y el estado psicofisiológico” (Calderón, 2012: 71); la palabra emoción proviene del latín emovere que significa remover, agitar o excitar; entonces a partir de los conceptos dados anteriormente puedo deducir que una emoción es una reacción impulsiva que surge como respuesta a un

estímulo externo y que nos hace responder a situaciones imprevistas por lo que a su vez “Cumplen una función de adaptación al contexto y sirven para asegurar la supervivencia” (Bisquerra, 2011: 53) no dejemos de lado que la etapa de la adolescencia es una etapa en la cual dichas emociones son muy intensas debido a los diversos cambios tanto físicos como psicológicos a los que se enfrenta aunado a esto claro está su condición de enfermedad y de encierro agudiza su situación emocional.

Tomando como referente a Bisquerra (2000) divide a las emociones en dos grupos que son emociones positivas las cuales son “las que se experimentan cuando se logran objetivos sobre todo si se logran antes de lo esperado... son indicadores de que se está en el buen camino” (Bisquerra, 2011: 42) como por ejemplo alegría, amor, felicidad, sorpresa, etc. las cuales se describirán más detalladamente en otro apartado, por otra parte están las emociones negativas que son las que nos generan situaciones de malestar y que pueden desembocar en miedo, ansiedad, estrés, ira, tristeza, desanimo, depresión, entre otras; además de esto se busca que el hospital no se estigmatice como un ambiente hostil por el contrario sea un lugar en donde a partir de fomentar una inteligencia emocional se construyan emociones positivas ya que un beneficio de las emociones positivas es que se mejoran las relaciones sociales al mismo tiempo el generar estas emociones tendrán un efecto positivo en la salud ya que “producen menor sensibilidad al dolor; promueven un estilo de vida más activo, incrementando la actividad física, previene la depresión, aumenta la motivación hacia el cuidado personal...” (Bisquerra, 2011: 61) aunque las emociones positivas son efímeras Bisquerra nos dice que también tendrán efectos a largo plazo ya que crean un proceso de aprendizaje que repercuten inclusive en el crecimiento y maduración personal además de que el generar emociones positivas en un futuro nos servirán como defensa ante situaciones de riesgo, por ejemplo traslademos esto al contexto hospitalario el trabajar constantemente en la construcción de emociones positivas y en la tolerancia a la frustración puede servir para que en caso de un futuro internamiento el adolescente pueda canalizar sus emociones de manera adecuada y sin riesgo de pueda pasar por alguna etapa de crisis emocional que le produzca el estar nuevamente internado; en general lo que se busca es que el adolescente desarrolle habilidades y capacidades frente a situaciones difíciles y no solo dentro de la institución hospitalaria sino para la vida futura.

La idea central de este capítulo es dejar en claro que lo que se busca es que el adolescente sea consciente de cuáles son las principales emociones que siente, tanto positivas como negativas y cuáles son las situaciones que los llevan a sentirlas para así trabajar en la construcción de más emociones positivas.

E.1.2.2 TEORÍAS DE LAS EMOCIONES

A lo largo de la historia se han estudiado las emociones de manera directa e indirecta es decir desde los antiguos filósofos que buscaban respuestas al sentido de la vida y que en sus reflexiones claramente se denotaba una carga emocional hasta las concepciones científicas que estudiaron las emociones como un proceso fisiológico hasta las corrientes construccionistas que argumentaron que las emociones surgen como respuesta a procesos de adaptación.

Sin embargo, todo ello fue un proceso de muchos años de estudio de grandes filósofos, científicos, psicólogos que revolucionaron el estudio del ser humano y de las emociones y el cual en varios casos les ocasionó ser perseguidos ya que sus teorías en su momento eran en contra de lo establecido o temas tabúes.

En el presente capítulo se hace un pequeño resumen de algunas de las teorías de las emociones más importantes a lo largo de la historia, con la finalidad de tener un panorama general y lograr entender de mejor manera el estudio y tratamiento actual de las emociones adicional a que los autores modernos retoman estas teorías y acoplan a sus estrategias para el tratamiento de las emociones por lo tanto en caso de leer autores modernos podemos situarlo a alguna corriente o modelo y por lo tanto debería ser más sencillo entender el porqué de su propuesta.

Para ello tomé como referencia la propuesta de (Bisquerra, 2009: 29-67) quien hace un recorrido por las teorías más destacadas:

CORRIENTE FILOSÓFICA. Esta corriente es la más antigua de la que se tienen escritos, sin embargo, no hablan como tal del concepto “emoción” pero utilizan la palabra “pasión” como un posible sinónimo, esta corriente más que estudiar a las emociones buscaban

respuestas al sentido único del ser humano que es la búsqueda de la felicidad, sin embargo, para llegar a ella y durante el estudio de la felicidad se encontraron con las “pasiones” las cuales afectaban el juicio y la conciencia para alcanzar la felicidad.

Filósofos como Locke, Hug, Kant, Hegel, Nietzsche, etc., estudiaron las emociones sin necesariamente crear teorías al respecto, por otra parte Aristóteles, Descartes y Baruch si hicieron aportaciones relevantes.

Aristóteles. - Concibe a las emociones como una condición que transforma a la persona de tal forma que puede verse afectado en el juicio, las emociones deben ser sometidas al control de la conciencia.

Juan Luis Vives. - Las emociones no siempre son perniciosas y reconoce su poder motivacional.

Descartes. - Las emociones son un tipo de pasión, se distinguen de la clara cognición y hacen que el juicio sea confuso y oscuro, para descartes la conducta humana es racional pero la conducta impulsiva es decir las emociones son irracionales.

Baruch Espinoza. - Considera que los sentimientos son la base del comportamiento ético: el hombre es cuerpo y mente de forma inseparable.

Estos grandes filósofos hablaban de que el ser humano está en búsqueda de felicidad como fin último de su existencia sin embargo durante esta búsqueda hay una oposición entre razón y emoción.

CORRIENTE LITERARIA. Esta corriente hace referencia al tratamiento de las emociones a partir de la literatura ejemplo como ejemplo están grandes escritores cómo: Esquilo, Sófocles, Eurípides, Shakespeare, Moliere, Goethe, entre otros desde textos de ficción hasta textos científicos.

A su vez esta corriente como tal no hace teoría acerca de las emociones sin embargo la trata en sus diferentes textos en dónde se habla de amor, miedo, ira, humor, felicidad, una gran aportación de esta corriente es que se empiezan a clasificar las emociones es decir las positivas de las negativas.

TRADICIÓN BIOLÓGICA. Esta tradición les da tratamiento científico a las emociones, en dónde consideran que estas tienen funciones adaptativas con el medio ambiente su máximo representante es el científico Charles Darwin quien “considera que las emociones han jugado un papel esencial en la adaptación del organismo a su entorno”. (Bisquerra, 2009: 34), así mismo “Las emociones en todos los animales y el hombre funcionan como señales que comunican intenciones; tienden a ser reacciones apropiadas a la emergencia ante ciertos acontecimientos del entorno” (Bisquerra, 2009: 35) es decir que a partir de las emociones se desarrollan mecanismos reflejos, un ejemplo hoy en día las emociones pueden ponernos en situaciones de riesgo.

Posteriormente surgen las teorías Neodarwinistas que son una mezcla del Darwinismo clásico con estudios de genética moderna, los cuales también estudian las emociones y se resumen en los siguientes postulados: Palmero (2002) en (Bisquerra, 2009: 35).

1. Las emociones son reacciones adaptativas y necesarias para la supervivencia.
2. Son heredadas filogenéticamente y desolladas a lo largo de la ontogénesis a partir de procesos de maduración neurológica.
3. Tiene forma de expresión y motoras características.
4. Son universales y por tanto comunes en todas las sociedades y culturas.
5. Hay emociones básicas, pero no hay acuerdo de cuáles son.

Otra aportación muy importante de los Neodarwinistas es el estudio de las expresiones faciales en las emociones, así mismo comienzan a clasificar las emociones y consideran que las básicas son aquellas que cuentan con una expresión facial, Tomkins en (Bisquerra, 2009: 37) “Las emociones se agrupan en positivas (interés, sorpresa, alegría) y negativas (miedo, angustia, ira, vergüenza, asco. Por su parte Ekman en (Bisquerra, 2009: 38) en su estudio de las emociones y expresión facial concluyó lo siguiente:

1. Cada emoción tiene un patrón transcultural de expresión facial.
2. El patrón implica múltiples señales, tanto faciales como vocales.
3. La duración de la expresión emocional facial es breve (de 0,5 a 4 segundos).
4. Las expresiones faciales pueden ser inhibidas o simuladas, excepto la sorpresa.
5. La intensidad de la expresión facial refleja la magnitud de la vivencia emocional.

6. Existen estímulos transculturales capaces de provocar emociones, como por ejemplo la pérdida de un objeto provoca tristeza.
7. Existen patrones neurofisiológicos universales y específicos asociados a cada una de las emociones básicas.
8. Ciertas asociaciones entre estímulo y emoción pueden estar medida por el aprendizaje.

Otro Neodarwinista con importantes aportaciones es Robert Plutchik, con su teoría psicoevolucionista, el cual aporta los siguientes postulados en la medición de las emociones: (Bisquerra, 2009: 39)

1. Las emociones se comprenden mejor desde un contexto evolutivo. Esta idea refleja la perspectiva de Darwin, según la cual hay una continuidad a la expresión emocional que va desde los animales inferiores hasta el hombre.
2. Una emoción es más que un sentimiento. Las emociones son una cadena compleja de acontecimientos con un número importante de elementos o componentes. Las emociones se desencadenan principalmente por acontecimientos relacionados con otras personas o ideas.
3. La complejidad de una emoción impide que un observador externo pueda saberlo todo sobre la misma.
4. Las emociones varían en intensidad, similitud y polaridad.
5. Hay derivaciones de las emociones. Hay diversos lenguajes posibles para expresar las emociones, incluso se pueden expresar de otras formas: llorar, reír, ruborizarse, besar, gritar, correr, atacar, etc.

Plutchik menciona que los mecanismos de defensa también son derivados de las emociones.

Zajonc y su teoría Biologista, defiende que la emoción no requiere cognición, el procesamiento de la información es posterior a la emoción y lo resume en los siguientes puntos en (Bisquerra, 2009: 41)

1. Las reacciones emocionales acaecen con mayor rapidez que los fenómenos cognitivos.

2. En ovaciones, la evaluación del acontecimiento que provoca la emoción y la cognición no están relacionadas.
3. Los estados emocionales, son a veces difíciles de verbalizar por lo que se puede sospechar que no tengan un origen cognitivo.
4. Se pueden producir fenómenos emocionales por procedimientos experimentales, estimulación intracraneal, administración de drogas o estimulación facial.
5. Las reacciones emocionales tienen una dimensión de inestabilidad, ocurren independientemente de la voluntad, y una vez que suceden, es difícil controlarlas.

TEORÍAS DE TRADICIÓN PSICOFISIOLÓGICA. Estas teorías sustentan su análisis de las emociones a partir de estudios psicológicos, neurológicos, así como del sistema nervioso central el cual se activa cuando se tiene una emoción. Esta teoría está representada principalmente por dos posturas:

James Lange.- con su teoría de “respuesta fisiológica”, la cual nos dice que básicamente que la emoción es la percepción de cambios corporales (fisiológicos y motores), pone énfasis en el cuerpo y en las respuestas fisiológicas a partir del sistema nervioso periférico.

Cannon- Bard.- con su teoría “la tradición neurológica” esta teoría surge en contraposición a la teoría de James Lange y argumentan que la experiencia emocional es consecuencia de los cambios corporales y que estos cambios se dan a partir de una situación de emergencia a partir del sistema nervioso central.

TEORÍA BIO-INFORMACIONAL. Esta teoría estudia el proceso emocional a partir de los procesos cognitivos y su relación con las respuestas psicofisiológicas ya que segura que están estrechamente ligados. Para ello Lang menciona “la emoción puede ser analizada como un producto del proceso de información del cerebro, la imagen emocional puede ser controlada y modificada mediante la manipulación de las variables de entrada o por razonamiento diferencial de las variables de salida” en (Bisquerra, 2009: 45).

Esta teoría ha tenido múltiples aplicaciones psicopedagógicas implementado estrategias de relajación e imaginación emotiva en la educación.

PSICOANÁLISIS. El tratamiento de las emociones en el psicoanálisis parte de considerar que ciertas situaciones son traumáticas, desarrolla el término “inconsciente” para lo cual Sigmund Freud dice que la persona desarrolla “mecanismos de defensa”.

Los psicoanalistas tratan con emociones estresantes y cómo enfrentarnos a ellas a partir de técnicas como el tratamiento del inconsciente.

CONDUCTISMO. Por su parte los conductistas Watson y Rayner identificaron tres emociones básicas miedo, ira y amor así mismo demostraron la posibilidad de experimentar miedo y suprimirlo a través de condicionamiento.

Otro gran aportador del conductismo es el Psicólogo Skinner quién consideró que una emoción es una predisposición a actuar de una manera determinada y lo proyecta en su libro: “la respuesta emocional condicionada” en la cual se produce una inhibición de la conducta ante ciertos condicionamientos.

TEORÍAS COGNITIVAS. La importancia de este enfoque para el estudio de las emociones está en el papel que les atribuyen a las cogniciones que consiste en evaluar los estímulos ya sea de manera positiva o negativa, este enfoque tuvo varias teorías, sin embargo, recabo las principales según (Bisquerra, 2009: 52):

Gregorio Marañón. - Pone de manifiesto la importancia de los factores cognitivos en la experiencia emocional, se requiere de ambos componentes para producir una emoción.

Schachter y Jinger. - Con su teoría bifactorial mencionan que las emociones surgen por acción conjunta de dos factores a) activación fisiológica b) atribución cognitiva por eso se determina factorial.

Lazaraus .- Menciona que durante las emociones se dan dos procesos de valoración primaria (automática) secundaria (cognitiva). Lazaraus propone la valoración cognitiva/secundaria.

Nico H. Frijda .- Propone el concepto “predisposición a la acción, la emoción cumple una función motivacional, de tal forma que predisponen a la acción ej. Cuando se tiene una emoción dan ganas de hacer algo huir, gritar, reír, llorar.

Scherer .- con su “modelo procesual” refiere que en la emoción pueden observarse cinco componentes y que cada uno cumple funciones específicas, los cuales se describen:

1. Procesamiento cognitivo de estímulos (evaluación del contexto).
2. Procesos neurofisiológicos (regulación del sistema).
3. Tendencias motivacionales y conductuales (preparación para la acción).
4. Expresión motora (comunicación de intenciones).
5. Estado afectivo subjetivo (reflexión y registro).

Weiner .- Menciona que el proceso emocional es un fenómeno post atribucional, propone tres dimensiones de la causalidad:

1. Lugar de la causalidad es el lugar donde reside la causa puede ser interno (factores personales internos o externos ambientales)
2. Controlabilidad: hay causas que el sujeto cree que puede controlar y otras que no.
3. Estabilidad: las causas pueden ser estable (no varían a través del tiempo o inestables pueden variar).

Buck .- con su teoría de los primes en los cuales hace mención de la motivación, emoción y cognición como íntimamente relacionados en donde son unos supuestos sistemas motivacionales-emocionales básicos que explican tanto el aspecto motivacional como el emocional de la conducta humana. Así mismo menciona que la motivación es un potencial que se manifiesta a través de la emoción, y se puede dar en tres niveles: Buck teoría de primes: (Bisquerra, 2009: 60)

- Emoción I: Es la básica. Implica funciones de adaptación y homeostasis (oxígeno, agua, alimento, regulación de la temperatura, etc). Esta función se consigue con la función combinada del sistema endocrino, inmunológico y sistema vegetativo.
- Emoción II: Comunicación y coordinación entre distintas personas. Implica la expresión externa (especialmente la facial).
- Emoción III: Es la superior e implica conexión de los primes. Es la experiencia subjetiva de la emoción. Es una conexión sincrética que se convierte en objeto para a cognición analítica.

Teoría de los esquemas. - Esta teoría dice que la vivencia emocional es una construcción consiente, que combina evaluación y activación vegetativa en una estructura unitaria abstracta. Los esquemas emocionales son las estructuras mentales que configuran las experiencias y fenómenos emocionales a partir de los que se generan los estilos de respuesta emocional que caracteriza a cada una de las personas.

Otras grandes aportaciones del enfoque cognitivo se atribuyen a la motivación dentro de la emoción, adicional a que argumentan que las emociones negativas tienen una mayor duración que las positivas.

EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL. Este enfoque atribuye el comportamiento de las emociones a factores sociales y culturales, poniendo énfasis particular en las características propias de los grupos, es decir este enfoque se dedica a analizar contextos y/o situaciones, así como las emociones que le acompañan.

Uno de sus principales presupuestos es el que propuso Solomon el cual dice que “las emociones son distintas según la cultura, por lo tanto, no hay emociones universales” en (Bisquerra, 2009: 62).

Así mismo el construccionismo social analiza las emociones como una expresión del poder ejercido por los grupos dominatorios, para el construccionismo la cultura dicta normas de comportamiento las cuales tendrán repercusión en la forma de expresar las emociones.

E.1.2.3 PRINCIPALES EMOCIONES

En este apartado se describen las principales emociones que presenta el ser humano en general no solo el adolescente en situación de hospitalización esto con la finalidad de tener un panorama general sobre cómo se expresan y hacia donde nos conducen, seguiré en la línea que propone Bisquerra que son las emociones positivas y emociones negativas:

Las emociones positivas son aquellas que en general se expresan cuando se tiene una sensación de bienestar que generalmente son producidas por placeres sensoriales

“Táctil: produce placer tocar y ser tocado, principalmente por personas queridas (caricias); visual: imágenes de la naturaleza, las artes plásticas, la

belleza; auditivo: ciertos sonidos, palabras, música, audiovisuales; gustativo: los sabores de los alimentos; olfativo: olores de la naturaleza, perfumes” (Ekman 2003 citado por Bisquerra, 2011: 46).

Este tipo de emociones generan en la persona una apertura mental al sentirse seguros, es decir que estimulan la creatividad, genera empatía con las personas que se rodea e incluso se ha demostrado que es benéfico para la salud lo cual es una de las principales causas de la presente investigación; dentro de las principales emociones positivas se encuentran:

ALEGRÍA. - esta emoción nos genera una sensación de confort durante la cual estamos dispuestos a afrontar cualquier situación que se nos presente “aumenta la energía disponible e inhibe los sentimientos negativos, aquieta los estados que generan preocupación, proporciona reposo, entusiasmo y disposición a la acción” (Ardila, 2007: 138), estar feliz genera una actitud positiva y seguridad en sí mismos lo cual a su vez eleva el autoestima de la persona.

AMOR. - Esta emoción es la que se tiene al sentir afecto que puede ser tanto familiar, como por cualquier otra persona y viceversa, en general esta emoción nos genera profunda seguridad lo cual en la adolescencia es esencial para la conformación del autoconcepto o autoimagen, considero que durante la etapa de hospitalización trabajar en esta emoción es imprescindible principalmente con las personas más allegadas al adolescente como lo son familiares y en su defecto sus enfermeras de cabecera que son las segundas personas con las cuales tienen mayor convivencia.

FELICIDAD. - Esta es la principal emoción dentro de las positivas ya que es la que “favorece que interpretemos positivamente lo que sucede a nuestro alrededor” (Míguez, 2006: 13), es decir que nos predispone a actuar de manera empática con los demás y ser optimista ante diversos aspectos de la vida que pudieran entorpecerla, creo firmemente que el desarrollar actividades lúdico-recreativas, formativas así como la utilización del el tiempo libre durante la hospitalización es la mejor manera de potenciar esta emoción que como ya se menciona es la máxima emoción positiva y sobre la cual debe trabajarse para una mayor autorrealización y regulación emocional.

SORPRESA.- Esta emoción ocurre ante situaciones inesperadas, más allá de ser una emoción positiva podría decirse que es una emoción neutra ya que pueden ser sucesos buenos o malos los que producen dicha emoción; “es un estado transitorio, aparece rápidamente y dura un momento hasta dar paso a una reacción emocional posterior” (Míguez, 2006: 13), es decir que esta emoción nos llevará necesariamente a otra emoción a la vez que nos va a predisponer a una mayor observación del suceso que nos causó sorpresa.

Estas son las principales emociones positivas, de las cuales se desprenden algunas otras como menciona Chabot como lo son: comodidad, confianza, agrado, entusiasmo, optimismo, satisfacción, relajación, alivio, entre otras, las cuales se darán a partir de las antes descritas. (Chabot y Cols. 2009: Sin página)

Por otra parte se encuentran las emociones negativas, las cuales como ya se mencionó nos generan situaciones de incomodidad o malestar, y generalmente nos llevan a actuar de manera errónea; es inevitable sentir este tipo de emociones a lo largo de la vida inclusive las podemos sentir varias veces en un día y la cuestión aquí no es reprimirlas, si no únicamente hacer consiente al adolescente hospitalizado de que emociones son las que siente y como canalizarlas para que estas no afecten su estado de salud y por el contrario trabajar en la construcción de emociones positivas.

Dentro del grupo de las emociones negativas están:

MIEDO.- Esta emoción es causada a raíz de una situación de peligro y lo que nos provoca es la necesidad de huir o por el contrario un momento de parálisis en donde la persona es incapaz de tener una conexión emociones-pensamiento y es así como no se logra una correcta actuación ante estas situaciones, suena un tanto lógico que esta emoción esté presente en un adolescente en condiciones de hospitalización la cual se puede dar por diversos factores que pueden ir desde la falta de un diagnóstico hasta el hecho de pensar en una intervención quirúrgica.

ANSIEDAD.- Estudios científicos han demostrado que esta emoción es la más común en personas en situación hospitalaria no solo en adolescentes, esto debido a cuestiones

evidentemente fisiológicas, económicas o por el mismo aislamiento que conlleva una hospitalización; esta emoción se da a partir de situaciones de estrés o angustia sería como una mezcla agudizada de ambas en donde la persona pasa por momentos de intensa desesperación en donde las manifestaciones físicas son las más evidentes ya que puede observarse inquietud motora o movimientos acelerados y dificultad para permanecer en estado de reposo y a nivel psicológico el individuo se encuentra en un estado de incertidumbre o agobio y a nivel cognitivo la persona no es capaz de encontrar un equilibrio entre pensamiento-conducta.

TRISTEZA.- Esta emoción “se asocia a la disminución de la energía y el entusiasmo por las actividades vitales y el enlentecimiento del metabolismo corporal” (Ardila, 2007: 138) es decir que esta emoción nos lleva al desinterés por cuestiones básicas de la vida cotidiana como pueden ser alimentarse, aseo personal, socializar, etc. en general se tiene una actitud pesimista ante situaciones diversas; regularmente “surge de la experiencia de la pérdida de algo o alguien con quien hemos establecido un vínculo afectivo” (Bisquerra, 2011: 129) y si no se canaliza oportunamente esta emoción puede desembocar en depresión; llevando esto al ámbito hospitalario no es posible asegurar que esté presente dicha emoción para ello se requiere realizar observaciones y entrevistas aunque desde mi fenomenología he podido observar que esta emoción se presenta ocasionalmente.

IRA.- Se presenta cuando algo nos disgusta y “se puede producir por la frustración que nos provoca el no obtener lo que necesitamos o deseamos” (Míguez, 2006: 12), esta emoción nos evoca a ponernos a la defensiva y llegar a actuar de manera agresiva; es una emoción difícil de controlar sobre todo en personas con temperamento alto por ello considero importante trabajar sobre esta emoción que nos puede llevar a situaciones de arrebato o que nos impida pensar con claridad frente a situaciones de conflicto.

DEPRESIÓN.- Esta más que una emoción es un estado de tristeza agudizado en donde por lo general se presentan diversas emociones negativas , no pretendo dar una definición psicológica al respecto ya que algunos autores la consideran una enfermedad o psicopatología la idea es tratar de explicar a muy grandes rasgos que es la emoción máxima dentro de las emociones negativas y la cual se debe evitar a toda costa, es decir que se

deben canalizar todas las emociones anteriormente mencionadas para evitar en la medida de lo posible llegar a este punto máximo de expresión de desestabilidad emocional como lo es la depresión.

A grandes rasgos estas son las principales emociones negativas, de las cuales se desprenden algunas otras como lo menciona (Chabot, 2011: sin página) como: angustia, inseguridad, temor, inquietud, vulnerabilidad, preocupación, frustración, celos, molestia, irritabilidad, melancolía, entre otras.

Como menciona Bisquerra estas son las principales emociones que rigen a las personas de las cuales se desprenderán emociones secundarias; es importante trabajar en la construcción de emociones positivas y hacer consiente al adolescente que el sentir emociones negativas es inevitable no solo en ellos sino en toda persona aunque esta tenga un excelente estado de salud; la importancia recae en que sean conscientes de qué emociones son las que experimentan mayormente tanto positivas como negativas y de que actividades o situaciones los llevan a sentirlas para así fomentar en ellos una inteligencia emocional que les será útil no solo durante su estancia hospitalaria sino que será un aprendizaje para la vida.

E.1.2.4 INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia emocional es un concepto que se comenzó a utilizar por ahí de los años 90's como un área de estudio del ser humano que busca lograr su máximo desarrollo personal, a partir del manejo eficiente de sus emociones, este concepto ha revolucionado el estudio del ser humano en los diferentes aspectos de su vida diaria, sin embargo, primeramente, es importante definir que es la inteligencia emocional, para ello he recopilado algunos conceptos que menciono a continuación.

En este sentido Gardner (1999) define que la inteligencia emocional es "la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos", por otra parte, Mayer y Salovey dicen que:

“la inteligencia emocional incluye la habilidad para 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 de regular las emociones para promover crecimiento intelectual” (Bisquerra, 2009: 128)

A su vez que Calderón refiere que:

“La inteligencia emocional debe mirarse como la consecuencia de dos fenómenos interrelacionados: por una parte, un estadio de armonía interna y de equilibrio emocional y por otra un corpus de destrezas, muchas de ellas aprendidas, que conducen al autoconocimiento, la autorregulación y la habilidad interpersonal” (Calderón, 2012: 157)

Mientras que para Mestre y Guil, la inteligencia emocional es definida como “la capacidad de las personas para percibir, facilitar, comprender y manejar la información emocional, tanto en contextos personales como interpersonales” (Mestre y Guil, 2012: 86); por último Goleman en (Bisquerra, 2009: 130) dice que la inteligencia emocional es el “conocimiento las propias emociones, regular las emociones, motivarse a uno mismo, reconocer las emociones de los demás, establecer relaciones humanas eficientes”. Como se puede observar los autores coinciden en que la inteligencia emocional son aquellas habilidades que posee una persona para regular sus emociones, así como comprender las de otras y que le ayudaran a tener mejores relaciones interpersonales, así como un desarrollo intelectual a su vez que redundará en un estado de paz consigo mismo.

Es decir que esta inteligencia nos ayudará a considerar un mejor comportamiento ante los estímulos o situaciones adversas que se puedan presentar en la cotidianidad, lo cual nos ayudará a evitar comportamientos de riesgo, reducir niveles de ansiedad, conflictos con nuestros allegados, estrés, mejor ambiente laboral, en general desenvolvemos de mejor manera en la sociedad, otro punto importante es que estas habilidades emocionales también nos ayudarán a resolver problemas de manera efectiva.

Autores como Salovey y Mayer (2007) proponen que “la inteligencia emocional se desarrolle a través de procesos educativos en la familia, en la escuela, en las organizaciones y en todo lugar” (Bisquerra, 2009: 130), es decir que estas habilidades deben ser aprendidas y aplicadas en todas las esferas de la vida del ser humano, transportando esto al contexto hospitalario considero de suma importancia que siendo la situación de enfermedad una situación adversa y dónde diversas esferas de la vida del adolescente se han fracturado es de suma importancia trabajar en el desarrollo de habilidades emocionales y así lograr una mejor calidad de vida.

Pero ¿cuáles son las principales habilidades o competencias emocionales?, retomando a (Calderón, 2012: 12), “Las competencias emocionales son: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, competencia social y habilidades de vida para el bienestar” por su parte (Salmurri, 2004: 164) menciona algunas son “saber escuchar, comunicar de forma adecuada, defender los derechos propios asertivamente, respetando lo de los otros, tolerando, empatizando, negociando y conviviendo con honestidad y utilizando de forma apropiada las habilidades sociales necesarias” las cuales desde mi perspectiva se pueden lograr a partir de estrategias diversas como puede ser desde la observación, ejercicios de introspección, meditación, yoga, etc. Sin embargo, esto no será una tarea sencilla ya que se ha comprobado que la mayoría de las personas no son capaces ni de identificar sus propias emociones o como mencionan (Mestre y Guil, 2012: 38) “Los clínicos e investigadores han notado la dificultad que tienen las personas para evaluar, discriminar, discernir y describir sus propias emociones”.

En esta misma línea los autores estudiados argumentan que las habilidades emocionales se deben fomentar desde los primeros meses de vida hasta la edad adulta es decir que se pueden desarrollar a lo largo de la vida, sin embargo es en la niñez donde se es más proclive a desarrollarlas de manera positiva para ello el ambiente o clima familia es crucial es decir “con una infancia en un entorno saludable, democrático, interactivo, estimulante y adaptativo es más fácil de desarrollar un buen sistema de valoración positiva de las emociones, que en un sistema familiar donde reina el conflicto” (Mestre y Guil, 2012: 40).

Por otro lado, como menciona (Calderón, 2012: 105) durante la adolescencia se debe tener especial cuidado y con un ambiente donde impere:

- Protección, sustentada en el principio de la confianza y en la comunicación efectiva.
- Intelectualmente abierto, muy estimulante, respetuoso del disenso, del debate, de la discusión, de la iniciativa, del quehacer autónomo, de la creatividad.
- Profundamente educativo, haya el ejercicio responsable de la libertad y su autojurisdicción.

Como pudimos ver los estados emocionales inciden directamente en nuestro comportamiento, en este sentido considero que no hay emociones malas ni buenas, sin embargo, es importante regularlas para un mejor bienestar consigo mismo y con la sociedad; está comprobado que

“Las personas más felices suelen disponer de un mejor autocontrol emocional, es decir, de un estado de ánimo alto y estable, no pierden el control con facilidad, no suelen verse afectados por los pequeños acontecimientos de la vida cotidiana y no tienen un sufrimiento emocional excesivo” (Salmurri, F. 2004: 37).

Dicho de otra manera, se busca mejorar el autocontrol para ser más feliz.

E.1.2.5 EDUCACION EMOCIONAL

La educación emocional surge como respuesta a las necesidades psicopedagógicas que no han logrado ser solventadas dentro del aula educativa y tienen injerencia directamente en los procesos de enseñanza-aprendizaje, así como en las relaciones interpersonales del individuo. Para ello es importante definir que es la educación emocional y cuáles son sus principales objetivos, para (Bisquerra, 2009: 158) la educación emocional es el “Proceso educativo continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo humano, con objeto de capacitación para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social” mientras que Salmurri dice que:

“la educación emocional tiene como objetivo dotar al individuo de recursos y estrategias conductuales, cognitivas, emocionantes y de interacción social que le permitan tener un mayor control, de la presión interna y externa y así evitar que se traduzca en estrés, prevenir daños y mejorar la salud psicológica” (Salmurri, 2004: 32).

Es decir que la educación emocional busca potenciar el desarrollo humano y lograr su máximo bienestar, así mismo (Bisquerra, 2009: 160) menciona que “Se puede considerar que la educación emocional es un elemento más dentro de las innovaciones necesarias para que la práctica educativa responda a las necesidades sociales” a partir del desarrollo de competencias emocionales.

Para ello (Bisquerra, 2009: 163) enlista algunos de los objetivos más importantes de la educación emocional:

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- Identificar las emociones de los demás.
- Denominar a las emociones correctamente.
- Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones.
- Subir el el umbral de la tolerancia a la frustración.
- Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad para generar las emociones positivas.
- Desarrollar la habilidad de automotivarse.
- Adoptar una actitud positiva ante la vida.
- Aprender a fluir.

El profesional en educación siendo una de las máximas figuras formadoras del hombre, es una persona idónea para llevar a cabo esta labor, de hecho lo menciona (Calderón, 2012: 5) se debe “brindar temas y estrategias que complementen su labor académica reconociendo su función formadora, no solo en el ámbito académico e intelectual de sus estudiantes, sino también en el área personal y social”, es decir que tomando en cuenta que el sistema

educativo debe formar y preparar para la vida, el profesorado debe asumir la responsabilidad de potencializar la educación emocional, sin embargo esta labor debe ser conjunta es decir

“instalar las emociones en la escuela y ampliar el ámbito de la educación en casa a la llamada educación emocional, constituyen un cambio de mirada imprescindible para preservar en nuestros niños su más preciado potencial; el perfecto diseño de un programa biológico que garantiza la felicidad y armonía” (Calderón, 2012: 18).

Por lo tanto, esta educación debe ampliarse a las dos esferas más importantes en la formación del individuo las cuales son escuela y familia y así optimizar el desarrollo humano, es decir el desarrollo integral físico, intelectual, emocional, social, etc.

Pero es importante que el personal docente además de tener conocimientos sólidos sobre educación emocional posea las siguientes características: (Bisquerra, 2009: 169).

1. Comprender la relevancia de las emociones en la educación y en la vida diaria.
2. Tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, en particular del alumnado y de las interacciones sociales.
3. Regular las propias emociones y ejercer un autocontrol emocional en las situaciones conflictivas de la vida ordinaria, en particular en la dinámica de la clase.
4. Establecer mejores relaciones interpersonales, tanto en el lugar de trabajo, la familia como en las relaciones sociales.
5. Enfrentarse al alumnado de forma más eficiente y satisfactoria, tomando en consideración la dimensión emocional.
6. Realizar un análisis del contexto para identificar necesidades emocionales que deberán ser atendidas, a través de un programa de educación emocional.
7. Formular objetivos de un programa de educación emocional, cuyo logro suponga la satisfacción de las necesidades prioritarias.
8. Determinar los posibles indicadores que permitan diseñar estrategias concretas de intervención, así como los aspectos en los que debe incidir la evaluación del programa.

9. Crear un programa que fomente el desarrollo de las competencias emocionales del alumnado.
10. Diseñar estrategias y actividades, o seleccionarlas entre las existentes, para aplicarlas en la puesta en práctica del programa.
11. Aplicar el programa a un grupo clase, preferentemente en el marco PAT (plan de acción tutorial).
12. Evaluar el programa, tomando como referencia los indicadores elaborados previamente.

Para lograr esta educación emocional un hecho esencial será “regular las emociones” es decir las estrategias deben estar enfocadas a este objetivo, como mencionaba anteriormente no se trata de reprimir las emociones negativas sino de canalizarlas de mejor manera y que estas no tengan un impacto negativo en la toma de decisiones o en una forma de actuar negativa para Bisquerra la regulación emocional es:

“promover el crecimiento emocional e intelectual, los pensamientos promueven crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida. Habilidad para distanciarse de una emoción. Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros. Capacidad de mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar la información que transmiten” (Bisquerra, 2009: 129).

Mientras que (Mestre y Guil, 2012: 27) añaden que “la regulación de las emociones implica, además, que una persona entienda como progresan las emociones en contextos intra e interpersonales”, es decir cambiar el significado emocional de negativo a positivo y de irracional a realista y lograr la conciencia plena de las mismas.

Por último, Goleman 1996 en (Calderón, 2012: 14-15) enlista cuales serían las ventajas una correcta educación emocional:

Autoconocimiento emocional

- Mejora el reconocimiento y la designación de las propias emociones.
- Mayor capacidad para entender las causas de los sentimientos.

- Reconocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones.

Manejo de las emociones

- Menor cantidad de bromas, peleas e interrupciones en clase.
- Mayor capacidad de expresar adecuadamente el enojo, sin pelear.
- Menos suspensiones y expulsiones.
- Menos comportamiento agresivo o autodestructivo.
- Más sentimientos positivos sobre ellos mismos, la escuela y la familia.
- Mejor manejo del estrés.
- Menor soledad y ansiedad social.

Aprovechamiento productivo de las emociones

- Más responsabilidad
- Mayor capacidad de concentrarse en la tarea que se tiene entre manos y de prestar atención.
- Menor impulsividad, mayor autocontrol.
- Mejores calificaciones en las pruebas de rendimiento escolar.
- Empatía: interpretación de las emociones.
- Mayor capacidad para comprender el punto de vista de la otra persona.
- Mejora de la empatía y de la sensibilidad, para percibir los sentimientos de los otros.
- Mejora de la capacidad de escucha.

Mejora de las relaciones personales

- Mejora en la resolución de conflictos.
- Mejor actitud positiva en la comunicación.
- Mayor preocupación y consideración.
- Mayor cooperación, ayuda y actitud de compartir.

La educación emocional debe iniciarse a partir de tomar conciencia de la presencia permanente de emociones en cada momento de nuestra vida, así como un correcto manejo

de las mismas, para lograr un desarrollo integral del individuo en sus diferentes contextos y un bienestar personal.

E.1.2.6 EMOCIONES Y SALUD

Gran parte del estudio científico de las emociones se ha encargado de los cambios y procesos neurofisiológicos así como la estrecha relación emoción-salud, en este sentido Aider, (2007), en (Bisquerra, 2009: 161) menciona que “Las aportaciones de la psiconeuroinmunología aportan evidencia de que las emociones afectan al sistema inmunitario, las emociones negativas debilitan las defensas del sistema inmunitario, mientras que las emociones positivas lo refuerzan”, transportando esto al contexto hospitalario los adolescentes que están en situación de enfermedad se verían mayormente afectados en su proceso de recuperación y por otra parte si se cuenta con una mayor manifestación de emociones positivas es muy probable su recuperación sea en menor tiempo ya que al sentir un estado de alegría puede mejorar el apetito y por lo tanto su sistema inmune verse más fuerte.

En este mismo sentido se ha comprobado que las emociones tienen influencia en diversos padecimientos como menciona Bisquerra:

“se sabe que las emociones participan en el inicio y desarrollo de un gran número de enfermedades, entre las cuales están las siguientes: trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión arterial); trastornos respiratorios (asma bronquial, síndrome de hiperventilación), trastornos endócrinos (hipertiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome cushing, hipoglucemia, diabetes), trastornos gastrointestinales (úlceras gástricas, síndrome del intestino irritable, colitis y ulcerosa, dispepsia no ulcerosa)” (Bisquerra, 2009: 199).

Como se puede ver las emociones tienen gran influencia en el desarrollo y procesos de diversas enfermedades que a su vez pueden mermar mayormente su salud o en el mejor de los casos ayudar en la pronta recuperación.

Como ya he mencionado en un capítulo anterior la constante manifestación de emociones negativas, es decir si como pudiera ser la tristeza puede ocasionar una psicopatología mayor es decir “Cuándo la tristeza se intensifica y se hace persistente daría paso a la depresión, la depresión es una reacción emocional caracterizada por una tristeza excesiva e injustificada ante los acontecimientos del entorno” (Bisquerra, 2009: 201); sin embargo como personales de la educación es nuestro deber canalizar al individuo en caso de que presente Síntomas depresivos: (Delgado, 2009: 143)

- Pérdida de apetito.
- Alteración del sueño.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o disminución de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultades de concentración.
- Ideas recurrentes de muerte o pensamientos suicidas.

Sin embargo para pensar que es un padecimiento psicológico como “requiere la presencia de al menos un episodio depresivo intenso caracterizado por sentimientos de depresión, tristeza o apatía de al menos dos semanas de duración” (Delgado, 2009: 142) sin embargo “La depresión en los jóvenes no necesariamente se presenta como tristeza sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer” (Duskin y Martnell, 2012: 370); en este sentido es importante realizar una observación muy detallada si se detecta algún indicio y canalizarlo con el experto en psicología.

Las emociones negativas son parte de la vida diaria, sin embargo se ha demostrado que tienen impacto y son un riesgo para la salud; dentro del ámbito hospitalario es muy común que se presenten este tipo de emociones en los adolescentes es por ello que se pretende desarrollar estrategias que potencialicen emociones positivas y puedan tener un mejor control sobre ellas a la vez que ayude a que su estancia hospitalaria sea más placentera así como una mejora en su salud física y por último que pueda trasladar esos aprendizajes a las diferentes esferas de su vida.

E.2 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Carácter globalizante e integrador de su práctica pedagógica. La metodología didáctica que se propone es un taller, por definición un taller es el lugar donde se hace, se construye o se repara algo. Así, se habla de taller de mecánica, taller de carpintería, taller de reparación de electrodomésticos, etc.

Sin embargo, pedagógicamente el taller “se trata de una forma de enseñar y sobre todo de aprender algo, mediante la realización de algo, que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo” (Ander, 1991: 10), el cual debe contar con las siguientes características según el mismo autor:

- Es un aprender haciendo.
- Es una metodología participativa.
- Es una pedagogía de la pregunta, contrapuesta a la pedagogía de la respuesta propia de la educación tradicional.
- Es un entrenamiento que tiende al trabajo interdisciplinario y al enfoque sistémico.
- La relación docente/alumno queda establecida en la realización de una tarea común.
- Implica y exige un trabajo grupal y el uso de técnicas adecuadas.
- Permite integrar en un solo proceso tres instancias como son la docencia, la investigación y la práctica.

Desde un punto de vista organizativo según Ander-Egg (1991), se pueden distinguir tres tipos de talleres:

- Total: consiste en incorporar a todos los docentes y alumnos en un centro educativo en la realización de un programa o proyecto.
- Horizontal: abarca o comprende a quienes abarcan un mismo año de estudios.
- Vertical: comprende cursos de diferentes años, pero integrados para realizar un proyecto en común.

En cuanto a la estructura organizativa académica del taller, como mencione anteriormente una de las características principales del taller es “aprender haciendo” esto se hará a partir

de una “situación de aprendizaje”, sin embargo, esto se debe definir a partir de una estructura organizativa es decir definir:

- Si se trata de un taller total, vertical u horizontal.
- La índole o tipo de disciplina en donde se aplica el sistema de taller.
- El tipo de estructura existente en el centro educativo y flexibilidad de la misma.

En donde tanto profesores y alumnos harán la experiencia posible, y donde básicamente trabajara en equipo para lograr el proceso de enseñanza aprendizaje.

Por último, es importante hablar de la estrategia pedagógica del taller, la cual va ligada directamente a los objetivos del mismo según Ander-Egg (1991) puede resumirse en los siguientes puntos:

1. En el taller no hay programas (la enseñanza no se da en un proceso lógico- lineal); si no en objetivos.
2. Exige un cambio en el rol docente tradicional, de este modo educadores y educandos se acostumbran a reflexionar y a actuar en grupo a enriquecerse con los aportes de los demás y a enriquecer con los aportes propios aportes.
3. Las actividades que se realcen en el taller deben estar vinculadas a la solución de problemas reales propios de una disciplina o área de conocimiento.
4. El profesor no enseña, sino que ayuda a que el educando “aprenda a aprender”; para educador y educando se trata de ir integrando en un mismo proceso la acción u la reflexión que se transforma en praxis.
5. Reflexionar la teoría y la práctica a través de la solución de problemas concretos.
6. Correcta selección de instrumentos y los medios de trabajo.
7. Lo que se proponga sea un proyecto factible, es decir sea realizable y los problemas sean acorde al grado de madurez y formación que tienen al momento de realizar a experiencia.

Como podemos ver el taller es un método pedagógico para el aprendizaje que mezcla teoría con práctica por lo cual debe ser sumamente dinámico y con actividades manuales creativas, que se lleva en un ambiente de participación activa entre un grupo de personas.

La estructura del taller es básica y debe desarrollarse en un tiempo procesual de tres momentos:

- Introducción: apertura y establecimiento del marco.
- Acción: las actividades (presentación inicial, definir objetos, ejercicios grupales, aportaciones, conversaciones, productos del taller).
- Cierre: Presentación de los productos, resumen, agenda para seguir, evaluación y consecuencias.

Las actividades que se pueden desarrollar son diversas siempre y cuando sean coherentes con los objetivos descritos en la planeación además que sea atractivo para los participantes; la implementación del taller debe darse en un ambiente de armonía y cooperación en donde profesor-alumnos son iguales y no hay niveles jerárquicos y donde la evaluación de resultados se mide de manera conjunta, es decir de manera grupal.

La presente propuesta de taller se fundamentará en la terapia emocional donde los principales objetivos serán la utilización del tiempo libre en actividades formativas y recreativas evidentemente adaptadas a la situación específica del adolescente hospitalizado y que mantendrán al mismo tiempo ocupado en diversas tareas que nos llevarán a que el adolescente tenga una mejor calidad de vida durante su proceso hospitalario y evitar problemas emocionales que puedan entorpecer su recuperación así como problemas emocionales en su vida adulta.

Para realizar esta propuesta pedagógica planteo retomar el modelo de inteligencia emocional, entre esos modelos se encontraba el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey, y el modelo de inteligencia emocional de Daniel Goleman.

Mayer y Salovey fueron los primeros en utilizar el concepto de inteligencia emocional, sin embargo, este concepto no tuvo gran importancia hasta mucho después, de igual manera

muchos autores comenzaron a poner atención en eso y comenzaron a investigar más sobre el tema.

El modelo de Mayer y Salovey considera que la Inteligencia Emocional se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas, que son:

La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Fernández y Extremera, 2004: sin página)

Por su parte el modelo Humanista, es también conocido como Rogeriano por el psicólogo Carl Rogers quien dice que cada persona vive y construye su personalidad a partir de ciertos objetivos; y el objetivo más alto sería ser feliz, autorrealizarse.

Se sustituye el término paciente por cliente ya que se considera que cada individuo es capaz de identificar por qué se siente mal o cuál es su problema, busca impulsar al cliente al éxito, darle más importancia al presente que al pasado y busca enfatizar la importancia en lo afectivo y no tanto en lo intelectual.

El modelo de consejo de enfoque humanista, presenta las siguientes características de acuerdo a (Alonso 2006: 363):

- Distingue tres planos que se encuentran integrados (instintivo, afectivo e intelectual) se busca un equilibrio ya que algún desajuste genera disfunciones.
- La conducta desajustada se produce cuando existen incongruencias entre los sentimientos y necesidades internas (de seguridad, pertenencia al grupo, estima y autorrealización) y las experiencias exteriores. El origen de los conflictos es de manera individual y responde a la frustración en la autorrealización.
- La orientación se considera como un proceso para ayudar al sujeto a tomar conciencia de sus conductas. Por medio del diálogo terapéutico libre y abierto con el orientador el sujeto puede analizar, dominar y asimilar el conflicto por el que atraviesa como si fuera un objeto externo y neutralizar las situaciones emocionales que lo perturban.

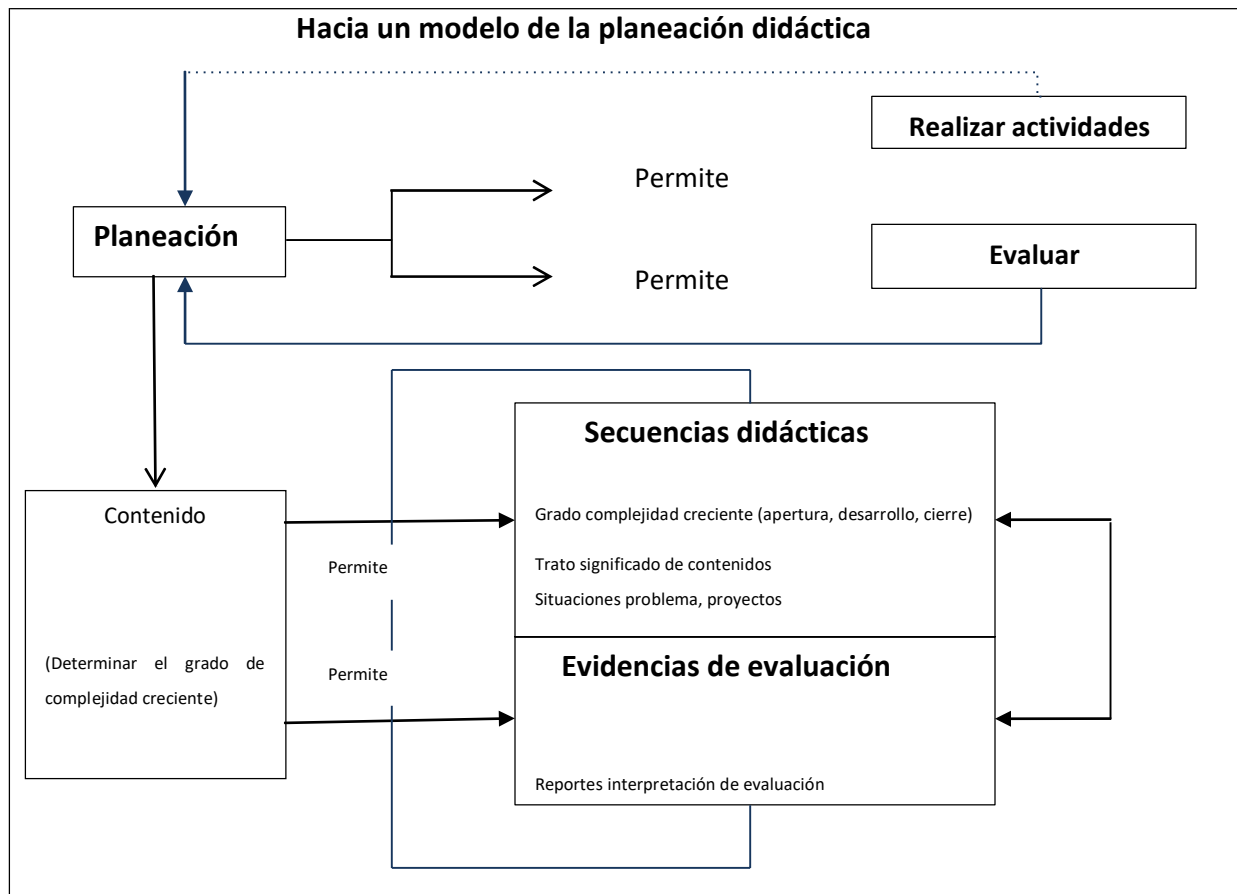
La propuesta pedagógica a desarrollar se orienta principalmente a la prevención y el desarrollo en un sentido amplio, es decir, personal y social que son la finalidad lograr el máximo desarrollo personal de los adolescentes dentro del contexto hospitalario y que los aprendizajes le sean útiles para la vida.

E.3 PERSPECTIVA DIDÁCTICA DE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA

Según D'Harnaut, 1985 la secuencia de aprendizaje responde fundamentalmente a una serie de principios que se derivan de una estructura didáctica (actividades de apertura, desarrollo y cierre). Y a una visión que emana de la nueva didáctica: generar procesos centrados en el aprendizaje, trabajar por situaciones reales, reconocer la existencia de diversos procesos centrados en el aprendizaje, trabajar por situaciones reales, reconocer la existencia de diversos procesos intelectuales de los mismos, en (Díaz, 2013: 18), para ello Díaz Barriga propone una estructura para la secuencia didáctica:

La cual debe considerar aspectos formales del plan o programa en el que se inscribe puede ser materia, asignatura, módulo, unidad de aprendizaje o la denominación que el currículo establezca para que con ello el docente pueda idear puntos de partida y llegada donde los alumnos perciban y trabajen algunos aspectos de la realidad que vinculan y dan sentido al contenido conceptual.

De ahí la importancia de construir secuencias didácticas a partir algún elemento/problema de la realidad, cuestión que ayuda al docente a crear una interrogante de recuperar aquellas nociones previas que tienen los estudiantes, sobre un hecho vinculando a situaciones problemáticas y de contextos reales con el fin de que la información a la que va a acceder el estudiante en el desarrollo de la secuencia sea significativa, esto es que tenga un sentido y pueda abrir un proceso de aprendizaje.



Cuadro Díaz-Barriga. Ángel (2013: 20). Secuencias de aprendizaje. ¿Un problema de enfoque de competencias o un recuento con perspectivas didácticas? Profesorado revista de currículum y formación de profesorado.

La estructura de la secuencia se integra con dos elementos que se realizan de manera paralela: secuencia de las actividades para el aprendizaje y la evaluación para el aprendizaje inscrita en esas mismas actividades, las que es conveniente que encuentren sentido a través de un problema eje o un proyecto que permite organizar la estructura de secuencias de esta manera íntegra principios de aprendizaje con los de evaluación, en sus tres dimensiones diagnóstica, formativa y sumativa.

La secuencia de las actividades de aprendizaje: está integrada por tres tipos de actividades: apertura, desarrollo y cierre las cuales permiten retroalimentarse el proceso mediante la observación de los avances, retos y dificultades que presentan los alumnos de su trabajo, como de la evaluación sumativa.

Actividades de apertura: permiten abrir el clima de aprendizaje, ejemplo abrir una discusión en pequeños grupos sobre una pregunta que parta de interrogantes significativas para los alumnos, estos reaccionan trayendo a su pensamiento diversas informaciones que ya poseen.

Actividades de desarrollo: tienen como finalidad que el estudiante interactúe con una nueva información, lograr interacción entre la información previa respecto al tema, la nueva información y hasta que sea posible un referente contextual que ayude a darle sentido actual.

Actividades de cierre: se realizan con la finalidad de lograr una integración del conjunto de tareas realizadas, permiten realizar una síntesis del proceso y del aprendizaje desarrollado. A través de ella se busca que el estudiante logre reelaborar la estructura conceptual que tenía al principio de la secuencia, reorganizando su estructura de pensamiento. De alguna forma las actividades de cierre posibilitan una perspectiva de evaluación para el docente y el estudiante, tanto en sentido formativo como sumativo.

Evaluación para el aprendizaje: lo importante de la estructura de la evaluación es que se realice estrechamente vinculada a los propósitos del curso y se encuentre anclada en las secuencias didácticas. Toda evidencia de evaluación cumple con una función didáctica, ya que sirve para retroalimentar el proceso de aprendizaje que realiza el estudiante, mientras que para el docente se constituye en una posibilidad de interrogarse sobre o que están funcionando en el desarrollo del curso, de una secuencia o de una actividad.

E.3.1 ESQUEMA DE PROPUESTA:

Fundamentación metodológica: Modelo de inteligencia emocional y humanista.

Objetivo General: Desarrollar un taller que favorezca la conducta de las emociones en adolescentes en condiciones hospitalarias.

Población: Adolescentes hospitalizados.

Lugar: Aula ambientada en institución de salud, hospital.

Temas:

BLOQUE I Bienvenida y Reconocimiento de las propias emociones.

Sesión 1: Conceptualización de emociones.

Sesión 2: Reconocimiento de las propias emociones.

BLOQUE II Manifestación y control de emociones.

Sesión 1: Clasificación las emociones.

Sesión 2: Emociones y sus manifestaciones.

BLOQUE III Viviendo y compartiendo las emociones.

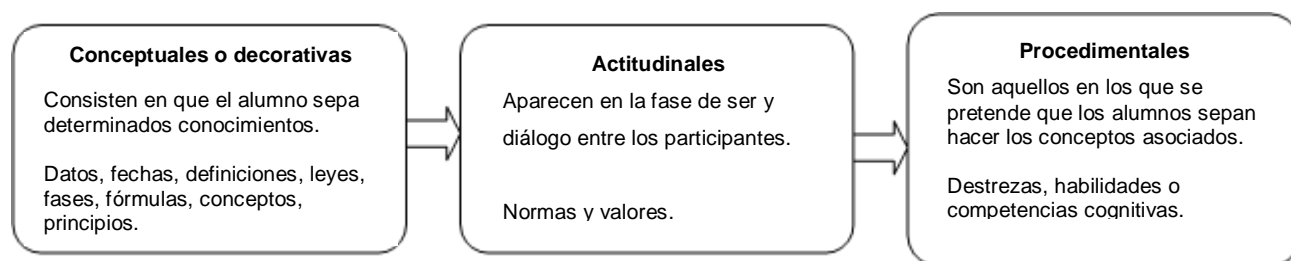
Sesión 1: Manejo de emociones dentro en el contexto hospitalario.

Sesión 2: La familia como apoyo en el manejo de emociones.

E.3.2 Funciones de las planificaciones didácticas (carta descriptiva)

Para Antoni Zabala (2000), una secuencia didáctica sirve para establecer un método, es la clase de orden que se dan a las actividades, la opción para verificar si la secuencia didáctica se justifica, toma en cuenta la importancia de la intención de los objetivos en el desarrollo de los contenidos de aprendizaje y en la definición de actividades a desarrollar.

En relación a los tipos de contenidos que se plantean en las secuencias didácticas, se consideran dimensiones conceptuales, actitudinales y procedimentales.



Tipos de contenidos de las secuencias didácticas. Elaboración propia a partir de Antoni Zabala, 2000. La práctica educativa. Cómo enseñar.

Es decir, que los contenidos, las fases y actividades que se desarrollan en una secuencia didáctica, deben interrelacionarse entre sí y se un apoyo en la comprensión del valor educativo que tienen.

Para ello Zabala (2000), propone los siguientes componentes que deben considerarse en una secuencia didáctica:

- Objetivos de aprendizaje
- Contenidos a desarrollar para lograr objetivos
- Actividades que permiten estructura en el proceso de enseñanza y aprendizaje
- Evaluación que valora y retroalimenta el proceso educativo.

De la misma manera Zabala, menciona que en la elaboración de las secuencia didácticas se deben considerar:

- Determinar los conocimientos previos relacionados con los nuevos contenidos de aprendizaje.

- Plantear contenidos significativos y funcionales.
- Adecuarse al nivel de desarrollo de cada alumno.
- Representar un reto.
- Tener en cuenta las competencias actuales.
- Crear zonas de desarrollo próximo.
- Provocar un conflicto cognitivo.
- Promover la actividad mental del alumno para establecer relaciones entre los nuevos contenidos y los conocimientos previos.
- Fomentar una actitud favorable y motivadora (en relación con el aprendizaje de los nuevos contenidos).
- Estimular la autoestima y autoconcepto (en relación con los aprendizajes que se proponen).
- Ayudar a adquirir habilidades relacionadas con el aprender a aprender, que le permitan ser cada vez más autónomo en sus aprendizajes.

En este sentido y con la finalidad de garantizar la efectividad de los principios de la secuencia didáctica se han considerado en la propuesta de taller para el manejo de emociones en adolescentes en situación de hospitalización, en donde a partir de lo argumentado por Zabala, las secuencias permitirán organizar y dar una estructura a las situaciones de enseñanza y aprendizaje en donde a partir de esta metodología se plantearan, organizaran, desarrollaran y evaluaran las diversas actividades.

F) LOS SUJETOS DESTINATARIOS Y SU CONTEXTO SOCIOEDUCATIVO

F.1 ADOLESCENCIA

F.1.1.1 LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DEL DESARROLLO HUMANO

El presente capítulo tiene como objetivo describir las principales características fisiológicas y cognitivas en la etapa de la adolescencia, así como describir algunas particularidades de su comportamiento en las diferentes esferas de su vida y entornos sociales en los cuales se desarrolla.

Recordemos que la adolescencia es una etapa de grandes cambios tanto físicos como cognitivos que marcan un periodo que suele ser concluyente para la definición de la personalidad del individuo y que finaliza con la madurez del mismo o llegada de la adultez.

Algunas de las características principales como menciona (Delgado, 2009: 99) tienen que ver con “La maduración sexual, la importancia de la imagen corporal, las relaciones con los padres y amigos y la nueva forma de pensar son algunos de los elementos específicos de la adolescencia”; a través de los años y diversos autores han considerado a la a la etapa de la adolescencia como una etapa de rebeldía en donde el adolescente rechaza las normas de los adultos y por lo tanto suele optar por comportamiento temerarios e incluso optar por conductas de riesgo o socialmente no aceptadas, aunque también se ha comprobado que la gran mayoría de los adultos suelen superar esta etapa de “crisis” sin ninguna secuela ya que el ser humano han desarrollado grandes capacidades adaptativas.

Sin embargo como etapa de desarrollo fisiológico estos constantes cambios fisiológicos y de humor/estados de ánimo conllevan una gran carga hormonal lo cual es una atenuante a sus características comportamentales, adicional a que la sociedad juega un papel definitorio en las conductas aceptadas como las no aceptadas, de hecho Erikson menciona:

“La principal tarea de la adolescencia es confrontar la crisis de identidad frente a la confusión de identidad, o identidad frente a la confusión de roles de modo

que pueda convertirse en un adulto único con un coherente sentido del yo y un rol valorado en la sociedad” (Duskin y Martonelli, 2012: 390).

Es decir que el adolescente además de enfrentarse a diversos cambios internos debe enfrentarse a la aceptación de la sociedad y buscar un rol que sea valorado en la misma un ejemplo pudiera ser la elección vocacional la cual también suele darse durante el periodo de la adolescencia.

Es por ello que a lo largo de este capítulo se describirá las principales características dentro de diferentes contextos como “Familia, amigos, relaciones de pareja e incluso escuela o trabajo. En cada uno de estos contextos le va a demandar al adolescente un comportamiento y unos valores que facilitaran la diversificación del auto concepto” (Delgado, 2009: 120) y cómo influyen en la construcción de la personalidad, autoestima, auto concepto incluso en la elección vocacional.

Sin embargo, primeramente, es importante definir que es la adolescencia y como la han abordado diferentes autores y corrientes psicológicas.

F.1.1.2 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

Diversos autores y corriente psicológicas han estudiado la etapa de la adolescencia desde aspectos físicos, cognitivos y sociales, inclusive la han categorizado por sub-etapas, en el presente capítulo he recopilado las que han tenido mayor relevancia y que han sido pioneros e inspiración para otros autores en el estudio de esta etapa de la vida humana.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que divide a la niñez de la adultez normalmente se da entre 11 a los 21 años aproximadamente, sin embargo autores ajustan estas edades acorde a sus estudios como etapa del desarrollo humano, aunado a esto culturalmente también existen diferentes periodos de edades para definir la etapa de la adolescencia es decir en estudios recientes se considera la etapa de la adolescencia hasta los 24 años, sobre todo en países con un nivel de desarrollo mayor o considerados de primer mundo.

Sin embargo no hay que confundir “pubertad” con “adolescencia” ya que el termino pubertad se refiere más a cambios fisiológicos los cuales pueden darse desde los 9 años y en acuerdo con Duskin “Adolescencia, es una transición del desarrollo que implica cambios físico, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos” (Duskin y Martorelli, 2012: 354), es decir la adolescencia es un proceso global que afecta diferentes aspectos de la vida del ser humano mientras que la pubertad se reduce a cambios fisiológicos de los cuales hablaré más adelante.

En este sentido, algunos referentes en el estudio de la adolescencia son:

Erik Erikson

Con sus grandes aportaciones en desarrollo psicosocial divide la vida del ser humano en 8 etapas la cuales sintetiza (Aguirre, 1994: 20)

1. Confianza contra desconfianza (fase oral freudiana)

- Confianza de base respecto a la madre.
- Confianza de ser digno de la confianza de los demás.
- Si sus necesidades son satisfechas, esto le genera confianza.
- Si se frustra en la satisfacción de sus necesidades tendrá desconfianza.

2. Autonomía contra vergüenza y duda (fase anal freudiana).

- El control efectivo de esfínteres produce autonomía.
- El descontrol interior produce inseguridad exterior.
- La vergüenza (que aparece antes que la culpa) está producida por la inseguridad de ser visto y no aceptado.
- La duda se manifiesta a través de la incapacidad de salir de sus propios límites.

3. Iniciativa contra culpa (Fase fálica freudiana).

- Aparición del complejo de Edipo.
- El deseo de autonomía lleva a la iniciativa.

- La frustración de la iniciativa edípica produce culpa.
- La intrusión fálica alcanza al derredor niño.

4. Laboriosidad contra inferioridad (periodo de latencia freudiano).

- Nuevas habilidades para lograr cosas.
- La incapacidad de esta intrusidad genera inferioridad.
- Creatividad para hacer cosas.
- La inferioridad puede significar un regreso a la protección materna.

5. Identidad contra difusión de la identidad (fase genital freudiana).

- Nueva realidad corporal de la pubertad.
- Búsqueda de nueva identidad.
- Superación de la confusión de identidad.
- Confrontación de identidad en las relaciones heterosexuales.

6. Identidad contra aislamiento (adolescencia).

- Desde la identidad se buscan relaciones de intimidad.
- Aislamiento cuando la intimidad se vivencia como angustiosa.
- Intimidad como verdadera genitalidad objetal.
- Aislamiento como temor a la intimidad como promiscuidad.

7. Fecundidad contra estancamiento (adultez).

- De los 25 a los 45 años, periodo de máxima productividad.
- Procreación y preocupación por las nuevas generaciones.
- Sin productividad generatriz se llega al estancamiento.
- En la madurez aparece el poder creador.

8. Integridad del yo contra desesperación (vejez).

- Integridad como base de superación de todos los conflictos.
- Temporalización y percepción crítica de la vida.

- Filosofía de la vida y la muerte.
- Desesperación es no aceptarse como es.

En este sentido, Erikson coloca a la adolescencia en la 6ta etapa, durante la cual “ve a la adolescencia como una etapa moratoria psicosocial, en la que la experimentación con ideas y conductas –dentro de unos límites- es un requisito para el logro de la identidad y de la autonomía personal” (Delgado, 2009: 153), es decir que considera que el adolescente tomara un papel acorde a las normas sociales y a partir de ello construirá su identidad y/o autoconcepto.

Otra relevante aportación por parte de Erikson es su teoría referente al procesamiento de información durante la adolescencia, el cual supone dos cambios: (Delgado, 2009: 374)

- Cambio estructural: cambios en la capacidad de la memoria de trabajo, cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo permite a los adolescentes lidiar con problemas complejos o decisiones que involucren múltiples piezas de información.
- Cambio funcional: aprendizaje, recuerdo y funcionamiento ej incremento continuo de la velocidad de procesamiento, toma de decisiones, control de la memoria de trabajo.

El adolescente además de adquirir habilidades cognitivas muchos más estructurados, desarrolla la memoria a largo plazo, así como un mejor procesamiento de la información lo cual en conjunto le ayudan a manejar problemas más complejos así como evaluar posibilidades para la resolución de los mismos.

Jean Piaget

Por su parte, centra el estudio de los estadios del desarrollo infanto-juvenil a través de los procesos de pensamiento: (Aguirre, 1994: 31)

- Sensoriomotor (0-2 años) las funciones cognitivas no son simbólicas ni abstractas. El infante no parecía lo que no puede ver, oler, oír o tocar. Comprende relaciones simples, al sentarlo en su silla de comer sabe que será alimentado.

- Preoperacional (2-7 años) rápido desarrollo de la función simbólica, desarrollo del lenguaje oral y más tarde escrito. Destaca el egocentrismo del menor.
- Operaciones concretas (7-11 años) realiza operaciones mentales simples como la reversibilidad, además comprende que un objeto sigue siendo el mismo a pesar de su transformación física, por ejemplo, un puñado de arcilla luego se convierte en un jarro, sigue siendo arcilla.
- Operaciones formales (11-15 años) última etapa del desarrollo cognoscitivo, el pensamiento se torna más lógico, o sea totalmente abstracto, simbólico, inductivo y deductivo.

El adolescente se sitúa dentro de la etapa de operaciones formales, en donde desarrolla un pensamiento hipotético-deductivo, es decir que es capaz de predecir situaciones, como menciona Delgado:

“El adolescente es capaz de plantear hipótesis, poner a prueba e interpretar resultados, convierte el razonamiento en hipotético-deductivo. Todas estas nuevas habilidades del pensamiento formal encuentran su base en la capacidad de concebir <<lo posible>>, el adolescente empieza a concebir <<lo que podría a ser>> además de <<lo que es>>” (Delgado, 2009: 102).

Esta última fase del pensamiento formal se inicia entre los 11 a 15 años sin embargo va hasta la adultez.

Arnold Gesell

Para este psicólogo la adolescencia es un periodo que va desde los 11 a los 24 años, ve a la adolescencia como un proceso de maduración cronológica de cambios se ven afectados por factores ambientales externos

Su teoría ha sido criticada por diversos autores ya que pone demasiado énfasis en el desarrollo por años, especialmente en los siguientes: (Aguirre, 1994:18)

- 10 años: Equilibrio individual y familiar, sociabilidad ligada al propio sexo, descuido de los hábitos higiénicos y de vestido, pre adolescencia.

- 11 años: Pubescencia (cambios físicos notables), impulsividad y estado emocional ambivalente, rebelión contra los padres y malhumor con los hermanos, pre adolescencia.
- 12 años: Desaparición de las primeras turbulencias, sociabilidad y responsabilidad, independencia familiar y adscripción al grupo de pares, incipiente idealismo afectivo.
- 13 años: retraimiento e introversión, autocrítica e idealismo, cambio de voz, inestabilidad emocional.
- 14 años: extraversión y expansividad, autoformación de la personalidad, identificación con héroes y líderes, alta autoestima.
- 15 años: transición (época delicada de maduración), independencia frente a la familia o escuela, intransigencia al control exterior, depresión y posibles desviaciones conductuales.
- 16 años: adolescencia media y preadultez, equilibrio y adaptación social, orientación hacia el futuro (pareja y trabajo), compañerismo de grupo.

Peter Blos

Este psicólogo de corriente psicoanalítica también tuvo grandes aportaciones en el estudio del desarrollo psicológico de los niños y adolescentes; por su parte divide a la etapa de la adolescencia en 5 estadios que atravesará de manera rápida e inevitable (Aguirre,1994: 23):

- I Preadolescencia.- ligada al despertar puberal. Esta fase supone un aumento cuantitativo e la pulsión sexual, pero no cualitativo ya que no existe un nuevo <<objeto>> afectivo. No obstante, reafirma la <<barrera contra el incesto>> que ha sido ya constituida en el periodo de latencia.
- II Primera adolescencia. -Liberado ya el adolescente de los antiguos objetos edípicos, realiza su <<duelo>> por la pérdida de las figuras parentales. Se instala en un mundo <<homosexual>> individual o grupal que le permite la superación de la dependencia parental, apoyándose, sobre todo, en el grupo de pares.
- III Adolescencia. - Descubrimiento del objeto heterosexual, con el que se consuma la rotura de las ligazones parentales. Por una parte, se desea tener a unos padres

protectores idealizados (situación semejante a la vida infantil), y, por otra se necesita alejarse de ellos para acceder al objeto heterosexual.

- IV Final de la adolescencia. - El yo es el <<heredero>> de la adolescencia, al igual que el súper yo es el heredero del complejo de Edipo. La identidad y la mismidad proporcionan la posibilidad de acceso al objeto heterosexual.
- V Post adolescencia. - En esta fase se entra a la vida adulta (trabajo, pareja, etc.) donde el objeto amoroso es exterior así mismo. El adolescente acaba teniendo responsabilidades parentales (internalización parental).

Según Aguirre:

“Los psicólogos que trabajan sobre la adolescencia afirman que el origen de los cambios adolescentes es, fundamentalmente imputable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles” (Aguirre, 1994: 23);

Es importante mencionar que a pesar de que cada uno de ellos desarrolla sus propias teorías de la adolescencia y sub etapas o estadios, todos ven a esta etapa como un proceso de grandes cambios que se ven afectados por las sociedades en las que se encuentran inmersos y que el ser humano con sus grandes capacidades adaptativas encontrará su rol dentro de la misma.

F.1.1.3 CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA

Como mencionamos anteriormente la adolescencia inicia con la pubertad en donde se da inicio a una serie de cambios físicos, los cuales preparan a los chicos y chicas para la vida reproductiva por su parte Delgado menciona que:

“El aspecto físico va a ocupar un lugar central en el contenido del auto concepto. No es de extrañar, ya que estos cambios físicos se van a convertir en una de las preocupaciones centrales de los adolescentes, llegando a influir de forma importante en la autoestima” (Delgado, 2009: 120).

Sin embargo, de ello hablaremos más adelante; estos cambios físicos pueden extenderse desde los 9 años hasta los 24 años aproximadamente.

Estos cambios suelen ser desde un crecimiento acelerado de estatura, peso, alargamiento de extremidades, engrosamiento de voz en el sexo masculino y afinamiento de la misma en el caso de las mujeres, sin embargo, los cambios más relevantes tienen que ver con el desarrollo de las características sexuales, por su parte (Duskin y Martorelli, 2012: 357) mencionan que los principales cambios se dividen en características sexuales primarias y secundarias en donde:

1. Las características sexuales primarias. - son los órganos necesarios para la reproducción.
 - En la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el clítoris y la vagina.
 - En los hombres incluye los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad esos órganos se agrandan y maduran.
2. Las características sexuales secundarias. - son signos fisiológicos de maduración sexual que nos involucran de manera directa los órganos sexuales, por ejemplo:
 - En las mujeres los senos, crecimiento del vello púbico, ensanchamiento de caderas, aumento de tejido adiposo especialmente notorio en muslos, nalgas, pechos y antebrazo.
 - En los varones los hombros anchos. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel y el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, aumento de masa muscular.

A su vez estos cambios se ven afectados principalmente por dos factores: genéticos y ambientales en donde los genéticos son los factores heredados por los padres así como factores ambientales como podrían ser la nutrición de la persona, es decir que los cambios se darán de manera gradual y serán diferentes entre un adolescente y otro; por ejemplo hay estudios que demuestran que una adolescente con una ingesta de nutrientes deficiente pudiera sufrir de “amenorrea” (ausencia de menstruación), sin embargo una chica con la ingesta suficiente de nutrientes muy seguramente su cuerpo estará listo para procrear en la edad promedio que es a los 13 años.

De hecho un hito durante la adolescencia en las mujeres es la aparición de la primera menstruación, “En las niñas es la menstruación el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero, la primera menstruación llamada menarquia, su momento normal puede variar entre los 10 años y los 16 años” (Duskin y Martorelli, 2012: 359), esto indica que el cuerpo de la adolescente está preparado para procrear y es un suceso que se dará mes con mes hasta que un ovulo sea fecundado y se tenga un embarazo o en su defecto algún problema hormonal/de salud que deberá ser tratado por especialistas.

Por otro lado en los hombres un hito sería la presencia de “La primera eyaculación, o esperquimia ocurre en promedio a los 13 años, un niño puede despertar y encontrar una mancha húmeda o seca y endurecida en las sabanas, el resultado de una emisión nocturna” (Duskin y Martorelli, 2012: 359), este suceso está relacionado con pulsiones sexuales y la necesidad de satisfacerlas.

Para concluir este apartado y en acuerdo con (Aguirre, 1994: 44), “Durante la etapa puberal se produce una serie de cambios en la morfología directamente relacionadas con la función sexual y la maduración del aparato reproductor”.

Cómo vimos los cambios físicos en la adolescencia tienen que ver con el desarrollo y maduración de las características sexuales, sobre todo del aparato reproductor, sin embargo, estos cambios fisiológicos tienen un gran impacto a nivel cognitivo que tendrán injerencia directamente en la formación del auto concepto y autoestima.

F.1.1.3 AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

Aunado a la serie de cambios fisiológicos, surge la necesidad de construir la imagen de sí mismos es decir el autoconcepto el cual se construirá a partir de la forma en la cual se relaciona con los iguales, sin embargo aquí también juega un papel muy importante el autoestima que es donde a partir de este valor el adolescente creará su autoconcepto cómo menciona (Delgado, 2009: 120) “La autoestima es el componente valorativo del autoconcepto y uno de los principales predictores de bienestar personal entre adolescentes y adultos”.

Sin embargo, durante el inicio de la adolescencia la autoestima suele decrecer ya que estudios demuestran que debido a los diferentes cambios hormonales, fisiológicos, sociales y familiares es muy común que esto suceda, estos mismos estudios relacionan a la familia como el primer motor para favorecer un autoestima positivo en los adolescentes como mencionan Parra, Oliva y Quijada:

“Algunos factores que afectan la autoestima, un contexto familiar afectuoso y cohesionado, con estilo educativo, democrático o relación de apego seguro, así como relaciones de comunicación y confianza con el grupo de iguales favorezcan la autoestima positiva de chicos y chicas” (Delgado, 2009: 121).

Sin embargo esto no es una labor que deba realizarse iniciada la etapa de la adolescencia o durante, este clima afectuoso y cohesionado de confianza en donde el adolescente tiene participación activa en la toma de decisiones debió desarrollarse desde la infancia de otra manera será muy difícil ganar la confianza del adolescente de la noche a la mañana, también se menciona que en los hogares con familias disfuncionales o con problemas de violencia es muy difícil generar relaciones de confianza por lo tanto el autoestima llegada la etapa de la adolescencia suele ser bajo o estar fracturado.

Como mencioné el autoestima también se alimenta positiva o negativamente a partir de las relaciones con los iguales, sin embargo es diferente el valor que dan los chicos y chicas, mayormente “la autoestima masculina tiende estar vinculada con los esfuerzos para el logro individual, mientras que la femenina, depende más de las conexiones con otros” (Duskin y Martorelli, 2012: 394), un ejemplo de esto puede ser que mientras que a los chicos les interesa sobresalir en algún deporte a las chicas les interesa generar relaciones de amistad profundas con un alto nivel de lealtad con sus iguales.

En este sentido “El autoconcepto, en cuanto que es la construcción y elaboración del conocimiento de uno mismo, depende en mayor medida de los conocimientos cognitivos” (Delgado, 2009: 119) dicho de otro modo el autoconcepto es el conjunto de ideas y la representación mental de lo que somos, y va muy de la mano con el autoestima ya que a partir de la idea que tenemos de nosotros mismos se puede determinar el nivel de autoestima; por ejemplo “Los adolescentes que resuelven satisfactoriamente la crisis de la

esta etapa desarrollan la virtud de la fidelidad, es decir, lealtad, un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros” (Duskin y Martorelli, 2012: 390), por lo tanto un adolescente que cuenta con estas características muy seguramente desarrollara un autoestima positivo y por consiguiente es muy probable que su autoconcepto también sea positivo.

Es importante recalcar que la familia toma un papel fundamental dentro de la construcción de una autoestima positiva así como de la creación del autoconcepto, es por ello que aquellas familias que mejor se ajustan a la transición de la adolescencia son las que previamente mantenían relaciones cálidas con sus hijos, cómo menciona (Delgado, 2009: 124) “las familias que quieran promover una adolescencia de buenas relaciones con sus hijos, deberán comenzar por establecer un clima de confianza y cariño durante la niñez”, de esta manera la etapa de transición podrán lograr una concepción coherente del yo con metas y valores sólidos.

F.1.1.4 ADOLESCENCIA Y BÚSQUEDA DE IDENTIDAD

Este término es uno de los más estudiados por diferentes autores ya que lo consideran uno de los aspectos más críticos durante la etapa de adolescencia, sin embargo, también es uno de los conceptos que más trabajo ha costado definir Erikson hace referencia a esto:

“Hasta ahora he utilizado el término identidad deliberadamente, creo, con múltiples y diferentes connotaciones. En alguna ocasión parecía referirse a un sentimiento consiente de individualidad única; en otra, a una aspiración inconsciente, a una continuidad de la experiencia, y, por último, con una solidaridad con los ideales de un grupo... identidad en un sentido vago significa, desde luego, en gran parte, aquello que ha sido designado como el sí mismo por diversos autores, ya que forma de concepto de sí mismo o en el de fluctuante experiencia de sí mismo” (Aguirre, 1994:178-179).

Por su parte Fernández menciona que durante la adolescencia:

“El mismo no se reconoce ni sabe quién es, las transformaciones somáticas y las correlativas implicaciones psicoafectivas que tienen lugar con la entrada del niño en la adolescencia conmocionan su estructura psíquica e impulsan su desarrollo hacia una verdadera crisis de identidad, experimentando en ese momento una especie de efervescencia afectiva, que no comprenden, empezando así a cuestionarse, mediante preguntas, su propia individualidad, a descubrir su yo y a tomar conciencia del mundo exterior como algo distinto de su yo interior” (Aguirre, 1994: 175)

y por otro lado (Delgado, 2009: 118) menciona que “El adolescente se enfrenta a cambios físicos y nuevas demandas sociales que le harán dudar de su identidad, de saber quién es él”; en este sentido se entiende que una vez que el adolescente defina aspectos de su vida cómo: cuál será su rol en la sociedad, cuales son los valores que le definirán como persona, definición sexual, así como elección vocacional por mencionar algunos habrá definido su identidad.

Así mismo los autores estudiados coinciden en que la construcción de la identidad conlleva una fuerte carga social y familiar es decir cuáles son las expectativas de ellos respecto al adolescente aunado a su relación con los iguales, lo cual converge en que el adolescente se pueda sentir presionado y confundido respecto a su futuro y a la toma de estas decisiones.

Para el estudio de la identidad Erikson define estadios o etapas de la identidad, por los cuales el joven pasará durante los años que trascorra la adolescencia (Aguirre, 1994: 190):

- *Confusión de la identidad*, cuando el joven no ha experimentado aun la crisis ni ha establecido compromiso alguno, ni hay indicios de establecerlo. No solo se entrega a un trabajo o ideología. No solo no se entrega a un trabajo o a una ideología, sino que ni siquiera siente interés por ello, no tiene planes de futuro.
- *Identidad prematura o hipotecada*, cuando el joven se ha comprometido con algunas ideas o creencias, debido en gran parte a elecciones realizadas por otros, pero sin haber experimentado la crisis. Ha aceptado cómodamente el plan de vida marcado por otra persona sin haber explorado personalmente otras posibilidades. Es el caso

de los hijos que toman decisiones ocupacionales o ideológicas influidos u obligados por los padres, sin haber tenido antes oportunidad de experimentar otros roles.

- *Moratoria*, cuando el joven se encuentra en un estado de crisis y aún no se ha comprometido. Busca entre diferentes alternativas que se le presentan, con la intención de elegir o determinarse por una. El ejercicio fiel de algunas de estas actividades juveniles suelen ser las iniciadoras de un posterior compromiso y el logro de identidad.
- *Logro de identidad*, Cuando el joven ha experimentado una crisis, la ha resuelto por sus propios medios y se ha comprometido con alguna profesión o ideología. Aunque solamente una minoría de estudiantes universitarios manifiestan haber conseguido la identidad ocupacional, estos si manifiestan haber decidido sobre sus carreras profesionales y sobre sus posiciones ideológicas después de un cuidadoso análisis de las alternativas posibles.

En general el adolescente quiere ser el mismo, busca ser diferente u original a partir de actitudes diversas como: modo de vestir, comportamiento, lenguaje, forma de escribir, formación de grupos de iguales con los cuales se sienta identificado para ello:

“Las relaciones personales no solo continuarán siendo una importante fuente de comparación social, sino que serán, además, el escenario en el que experimentar nuevos desafíos como la amistad, el enamoramiento, o la sexualidad que influyen de manera importante tanto en el auto concepto como en el proceso de búsqueda de una verdadera identidad” (Delgado, 2009: 95).

Es decir, la conciencia de la sexualidad es otro aspecto determinante de la formación de identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo y es así como logrará encontrar las características personales que mejor le definen.

Otra cuestión relevante durante la búsqueda de la identidad es la identificación de la vida laboral, el cual se verá igualmente influenciado por padres y sociedad. Durante la adolescencia los jóvenes suelen aspirar a las profesiones de mayor prestigio o con mayor remuneración económica, sin embargo, esta elección vocacional se ha impulsado desde la niñez como menciona Aguirre:

“El niño hace elecciones imaginarias y sueña con profesiones que le parecen apasionantes y que le permitirán elegir aventuras maravillosas; el adolescente por el contrario, inicialmente se siente atraído por las que tienen un mayor prestigio social en el mundo del adulto; pero al final, y de manera más realista termina eligiendo alguna de ellas profesiones en la que coincida con lo que la hubiera gustado ser y lo que realmente las circunstancias le permitan ser” (Aguirre, 1994: 182).

Por otra parte esta elección vocacional muchas veces se ve influenciada por los padres es decir que los padres suelen persuadir a sus hijos acorde a sus expectativas personales y/o frustraciones de sus propios deseos, para ello recordemos que gran parte de generar una autoestima positiva y la autorrealización es fomentando la toma de decisiones de manera autónoma evidentemente en trabajo conjunto y guiando en todo momento, para ello (Duskin y Martonelli, 2012: 393) proponen dos puntos para favorecer el logro de la identidad:

- Los padres alientan la autonomía y la conexión con los maestros; Las diferencias se exploran dentro de un contexto de reciprocidad.
- Altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral, seguridad en sí mismo, autoestima, buen desempeño en condiciones de estrés e intimidad.

Como vimos la identidad es el resultado de “apropiación, asimilación e interiorización de las distintas identificaciones procesadas por el propio individuo, mediante constantes y sucesivas interacciones psicoafectivas y emocionales y sociales que hacen que tome conciencia de sí mismo” E. Fernández en (Aguirre, 1994: 188), en donde a partir de un autoestima positiva, una imagen aceptable del propio cuerpo, un ambiente familiar adecuado y un ambiente sociocultural optimo el adolescente logrará esta autodefinición sin mayores problemas aunado a que es una fase es normal que se da a lo largo del desarrollo humano y de la cual se logra salir en su mayoría sin mayores repercusiones.

F.1.1.5 ADOLESCENTES Y NECESIDADES SOCIALES

Durante esta etapa el adolescente sufre un tipo de “ruptura familiar”, sin embargo, de ello hablaremos más adelante, por lo que a partir de esta “ruptura” el adolescente buscará refugiarse con su grupo de iguales, “Durante la adolescencia, tener amigos cercanos se convierte en una necesidad” (Delgado, 2009: 126), que es básicamente un grupo social en donde se sentirá comprendido y con la libertad de ser el mismo.

Para ello es importante definir que es socializar, según Rocher:

“El proceso por cuyo medio, la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos” (Aguirre, 1994: 215).

Por su parte el propio Aguirre menciona que:

Es el “proceso durante el cual el individuo aprende e interioriza los diversos elementos de la cultura en la que se halla inmerso (valores, normas, códigos simbólicos y reglas de conducta), integrándolos en su personalidad con el fin de adaptarse en su contexto social” (Aguirre, 1994: 215).

Es por ello que como dicen (Duskin y Martonelli, 2012: 409) el grupo de amigos se vuelven “una fuente de afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral: un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres”.

Como sabemos el adolescente está en un proceso de búsqueda de identidad muy complejo, es por ello que los adolescentes comienzan a formar lazos de amistad más íntimos es decir muchas de las situaciones que les generan conflicto lo platicaran y resolverán de la mano sus amigos más cercanos ya que ambos están en un proceso de experimentación, como menciona (Aguirre, 1994: 135) “Es necesario vivir con los iguales, con sus valores experiencias, intimar, participar en sus emociones”, de hecho los amigos más cercanos

serán aquellos con los cuales se sienta mayormente identificados, con los cuales comparte gustos, hobbies, valores, entre otros.

Respecto a que el adolescente suele sufrir un desprendimiento de su núcleo familiar, los padres tienden a preocuparse de quienes son parte de su círculo social más cercano, por temor a que pueda tomar actitudes de riesgo; sin embargo en estudios se ha demostrado que si los padres toman actitudes autoritarias es más común que los chicos puedan tomar actitudes hostiles frente a ellos y o actitudes de rebeldía, por consiguiente de la confianza, apertura y el clima familiar que el adolescente tenga con sus padres depende mucho la actitud que tendrá frente a ellos durante la adolescencia según Noller y Callan:

“La rebelión adolescente es, más probable que ocurra cuando la estructura autoritaria de la familia es patriarcal autoritaria y desigual, la disciplina es severa o inconsistente, y el matrimonio es infeliz lo que da lugar a una falta de respeto y, por lo tanto, a una rebelión” en (Aguirre, 1994: 234),

Por el contrario “Si la familia estimula la autonomía, mantiene un control flexible, presta apoyo y aceptación, creará un ambiente equilibrador entre la proximidad y la autonomía personal” (Aguirre, 1994: 234), lo cual redundará en una comunicación efectiva y potenciará una mejor autoestima lo cual reduce la posibilidad de tomar conductas riesgo, en otras palabras

“Si el adolescente es inseguro y dependiente, se someterá más fácilmente a las influencias del momento; si es más confiado y autónomo, encontrará su camino personal sin infringir significativamente las perturbaciones de los adultos o de los iguales” (Delgado, 2009: 136).

La importancia de la socialización en la adolescencia estriba principalmente en que le ayudará a definir su identidad, será un apoyo en la construcción de su autoestima, son también el grupo de iguales un importante apoyo emocional, para ello Buhrmester en (Delgado, 2009: 125) menciona que las características propias de esta amistad se pueden resumir de la siguiente manera:

1. La amistad pasa de estar centrada en el juego a estar centrada en la conversación.

2. Los amigos y amigas salen de los confines del recreo (o patio del jugo) y de la clase. Ahora surgen iniciativas de conversar sobre las inquietudes, aumentan las llamadas y se hacen muchos planes para pasar juntos el tiempo.
3. Los amigos y amigas se convierten en un importante foro de autoexploración y de apoyo emocional. Esto requiere aprender a pensar sobre ellos mismos, a autorrecelarse o lo que es lo mismo, compartir con el amigo las cosas más íntimas del adolescente a ser capaces de empatizar para dar apoyo emocional al otro.
4. Al necesitar más de los amigos y amigas para satisfacer ciertas necesidades, es frecuente que tengan que <<trabajar>> con los conflictos y desacuerdos. Ahora se requiere del adolescente que sea capaz de resolver conflictos con el amigo o amiga de forma que se reduzca la tensión sin perder la intimidad en la relación”.

Por su parte (Aguirre, 1994: 137) describe algunas funciones de los grupos de iguales:

- La conquista de la seguridad y la confianza, no es que el grupo proporcione la seguridad, pero si permite una confrontación entre iguales. Es decir, que, gracias al grupo, el adolescente encuentra una imagen de sí, se reconoce, compara su propio ideal con el de sus compañeros, se valora y comprueba que no se halla fuera de la realidad. Asume sus propios riesgos y, en definitiva, su propia seguridad. El grupo de iguales piensa y siente como él no lo minusvalora, sino que lo toma en serio.
- La conquista de otros valores, en el grupo, el adolescente se somete a diversas pruebas que posiblemente no podía realizar, al menos de modo tan experimental, en el ambiente familiar. En efecto, compromete su palabra y trabaja por ser fiel a la palabra dada; ha de realizar ciertos compromisos comunes que le llevan a olvidarse de sí. Aprende a ser leal, etc. De alguna manera está haciendo experiencia de vida adulta, algo que la propia familia, por su estructura jerárquica, le hacía difícil.
- La dotación de una estructura que le permite experimentar la independencia, la vida en grupo resuelve, al menos temporalmente, algunos conflictos adolescenciales: permite resolver la cuestión de una independencia rechazada y experimentar la independencia; consiente el ejercicio de la reflexión y, por último, la apertura y la entrega a un ideal. Goza así el adolescente de una notable preparación para asumir en el próximo futuro la condición de hombre en la mejor situación.

Es importante mencionar que los adolescentes con buenos amigos (valores, ideologías positivas, hobbies) tendrán un mejor ajuste emocional, lo confirman Bent y Col:

“Los adolescentes que tienen amistades estrechas, estables y que brindan apoyo por lo general tienen una alta opinión de sí mismos, obtienen buenos resultados en la escuela, son sociables y poco probable que se muestren hostiles, ansiosos o deprimidos” en (Duskin y Martonelli, 2012: 394).

El grupo de amigos se convierte en una fuente de apoyo con el cual a la par estarán experimentando situaciones que se le presenten por primera vez, así como soluciones de conflictos.

Es también en la adolescencia en donde los chicos comienzan a sentir atracción física por chicos/chicas en donde muy probablemente tendrán también su primer pareja sentimental y la cual se dará dentro de su principal círculo social en acuerdo con (Duskin y Martonelli, 2012: 410) “Las relaciones románticas, son una parte esencial del mundo social de la mayoría de los adolescentes pues contribuyen al desarrollo de su intimidad”, al igual que el resto del grupo el novio (a) se convierte en una figura de apoyo emocional.

Como hemos dicho reiteradamente en la etapa de la adolescencia los cambios físicos y psicológicos llevan al adolescente a un estado de desconcierto y de búsqueda de su identidad es así como

“El vínculo grupal le va a proporcionar al joven todo aquello que anhela encontrar como consecuencia de las serias transformaciones psíquicas sufridas: una seguridad, un reconocimiento social, un marco afectivo y un medio de acción, en definitiva, un espacio vital e imaginario, todo ello fuera del dominio adulto” (Aguirre, 1944: 195).

Por lo cual el grupo de iguales será un apoyo fundamental.

F.1.1.5 ADOLESCENCIA EN EL SENO FAMILIAR

Diversos autores han estudiado la etapa de adolescencia con especial enfoque en la relación padres-hijos, esto a causa de que durante esta etapa se da un tipo de “ruptura familiar” debido a que el sujeto siente la necesidad de desprenderse de sus padres es decir explorar, experimentar y tomar decisiones de manera autónoma. Para ello según Douvan y Andelson (1966) en (Aguirre, 1994: 224) el adolescente busca principalmente tres formas de independencia

- Autonomía emocional. - el grado en el que el adolescente ha logrado deshacerse de los vínculos infantiles que le unen a la familia
- Autonomía de conducta. - el grado en el que el adolescente sabe actuar y decidir por sí mismo
- Autonomía de valores morales. - el grado en que el adolescente es capaz de regirse por sus propios criterios morales.

Esto sin duda alguna es un proceso de desprendimiento que los padres suelen resentir ya que el niño que normalmente es afectuoso y dependiente de sus padres en todos sentidos ahora comienza a alejarse y aislarse en cierto sentido o a buscar pasar más tiempo con sus iguales adicional a la incertidumbre y preocupación de saber qué hace el chico en sus ratos libres y con quién pasa el tiempo fuera de casa, como mencionamos anteriormente el adolescente está tratando de descubrirse y formar su identidad, en donde los adultos con sus normas no suelen ser una figura de apoyo o una figura de le brinde confianza para hacerle saber las situaciones que le afligen, por otra parte el grupo de iguales está en la misma situación lo que es una perfecta oportunidad para experimentar juntos; pero es aquí donde suelen iniciar los conflictos del núcleo familiar en donde si los padres comienzan a tener actitudes autoritarias es más probable los adolescentes tomen actitudes de rebeldía o de ruptura de las reglas impuestas.

Sin embargo, no todos los núcleos familiares son así, habrá cuales sean más abiertos a la toma de decisiones de los jóvenes e incluso quienes se muestren un tanto desinteresados en los cambios durante esta etapa, para ello Eider 1962 en (Aguirre, 1994: 259) propone siete tipos de crianza:

1. Autocrático: no permite al adolescente expresar sus opiniones personales ni tomar el mando ni iniciativa en el gobierno de sí mismo.
2. Autoritario: aunque los padres permiten al adolescente opinar sobre las posibles soluciones a sus problemas, deciden ellos luego conforme a sus propios juicios.
3. Democrático: los adolescentes participan libremente en el análisis de las cuestiones particulares a su propia conducta e incluso pueden tomar decisiones. Sin embargo, la decisión final es tomada siempre por los padres o al menos cuenta con su aprobación.
4. Igualitario: aquí los papeles presentan unas diferencias mínimas padres y adolescentes participan en igual medida en la toma de decisiones pertinentes a la conducta del adolescente.
5. Permisivo: el adolescente participa de modo más activo e influyente que los padres en la formulación de decisiones que le conciernen.
6. <<Laissez-faire>>: en este tipo de relación el adolescente tiene la facultad de acatar o desacatar los deseos de los padres al tomar sus decisiones.
7. Indiferentes: en este tipo de estructura relacional, si es que se le puede considerar como tal, supone una completa indiferencia por parte de los padres en lo que respecta a dirigir la conducta de los adolescentes.

Para ello “Las relaciones de los adolescentes con los padres son afectadas por la situación de vida de estos últimos, su trabajo y estatus marital y socioeconómico” (Duskin y Martonelli, 2012: 405), es decir el tipo de crianza se ve afectado directamente con el nivel socioeconómico, grado de estudios de los padres e incluso la relación que tengan los padres entre sí, en este sentido es importante recalcar que la familia es uno de los pilares más importantes si no es el más importante en la construcción y desarrollo integral del adolescente, es decir “La familia continua siendo un entorno fundamental en el desarrollo del adolescente, que será básico para el desarrollo de la identidad, la búsqueda de autonomía o el ajuste del adolescente” (Delgado, 2009: 116), es por ello que la descripción del tipo de crianza son relevantes ya que un ejemplo como sería que “Aquellas familias que mejor se ajustan a la transición adolescente de sus hijos, son las que previamente mantenían relaciones más cálidas con ellos” (Delgado, 2009: 124), por otro lado “La crianza autoritaria demasiado estricta puede llevar al adolescente a rechazar la influencia de los padres y

buscar el apoyo y aprobación de los compañeros con todos los costos que ello implica” (Duskin y Martonelli, 2012: 406), es decir que es importante desarrollar desde la infancia relaciones de confianza así como inculcar valores y fomentar la autonomía para un mejor ajuste emocional y formación del sujeto durante la etapa adolescente.

Es indudable que cualquiera que sea el tipo de crianza y/o apego del adolescente con sus padres tendrá actitudes diversas durante esta etapa incluso

“La expresión de las emociones va a variar durante la adolescencia, y en lugar de las muestras de afecto explícito, los adolescentes mostraran su cariño a los padres de otra forma, como preocupándose por sus asuntos e incluso cuidándoles, bromeando, etc.” (Delgado, 2009: 123)

De hecho, la mayoría de los autores comentan que los hijos tienen pensamientos positivos y consideran fundamental la opinión de los padres para la toma de decisiones que son relevantes para su vida como mencionan (Duskin y Martonelli, 2012: 395) “La mayoría de los jóvenes experimentan cercanía y sentimientos positivos hacia sus padres, comparten con ellos opiniones similares acerca de temas importantes y valoran su aprobación”.

La mayoría de los autores estudiados concuerdan en que los padres deben fomentar la autonomía para la toma de decisiones a partir de un equilibrio entre libertad y compromiso por ejemplo Goldstein menciona “Los padres de los jóvenes adolescentes deben encontrar el equilibrio entre el exceso de libertad y el exceso de intromisión” en (Duskin y Martonelli, 2012: 405), por su parte Roth dice que “El apoyo de los padres a la autonomía se asocia con una mejor autorregulación de las emociones negativas y el compromiso académico” en (Duskin y Martonelli, 2012: 406) y por ultimo Eider menciona que “La autonomía es más frecuente en los hijos de padres que ejercen su poder de manera más permisiva y menos autocrática” en (Aguirre, 1994: 261).

Por último, es importante mencionar que la autonomía también debe fomentarse a partir de la explicación por parte de los padres a los hijos del porqué de las reglas o normas con argumentos, esto proporcionará un clima de confianza familiar, así como seguridad en la

toma de decisiones por parte del adolescente además de lograr que ejerza su autonomía de manera responsable.

F.1.1.6 EL ADOLESCENTE ENFERMO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Como hemos visto la etapa de la adolescencia suele ser un periodo de transición a la etapa adulta la cual conlleva muchos cambios tanto físicos como cognitivos, que a su vez conllevan una serie de comportamientos que de pronto suelen ser difíciles de digerir tanto para padres como para la sociedad en general y es por ello que esta etapa del desarrollo humano ha sido especialmente estigmatizada.

No obstante, los adolescentes suelen tener grandes conflictos internos derivado de la insaciable búsqueda de su propia identidad como ya mencionamos los valores por los cuales se regirá, sus ideologías, elección vocacional, descubrimiento de su sexualidad entre otros así mismo gran parte de la toma de decisiones se ve influenciada por el contexto en el que se desarrolla tanto familiar como social.

Es decir que hay factores genéticos y cognitivos, pero también hay situaciones estresantes que aumentan la probabilidad de que aparezca un trastorno emocional que pueda tener repercusiones en su vida adulta, en este sentido nos referimos explícitamente a la situación de enfermedad y una situación de internamiento del adolescente.

Una situación de internamiento supone que las diferentes esferas de su vida se han visto trastocadas y por lo tanto se ha alterado el orden del desarrollo de las mismas; el adolescente ha perdido su intimidad, ha sido separado de sus principales contextos de desarrollo de la vida cotidiana como lo es la escuela, familia, lugares de esparcimiento, etc. y no conforme sabe que tiene una situación de enfermedad de la cual lo más probable es que no conozca y le genere incertidumbre, miedo, desconcierto.

Como menciona Delgado:

“Los mismos factores no afectan de la misma forma a todos los sujetos. Así mientras que un adolescente puede desarrollar situaciones más depresivas

como resultado de una combinación de influencias estresantes, otro saldrá más o menos indemne de esa situación” (Delgado, 2009: 141).

Es decir, cada individuo reaccionará de manera diferente a una situación de internamiento, por ejemplo, mientras que para unos el hospital es un lugar seguro donde podrá tomar un tratamiento que le permita recuperarse para otros es un lugar hostil, desconocido y con poca intimidad que le puede provocar situaciones de ansiedad.

No necesariamente la estancia hospitalaria desencadenará problemas en el ajuste emocional de los adolescentes, sin embargo estudios han demostrado que todos los pacientes tienen reacciones diversas a las situaciones de internamiento en especial experimentan reacciones que conllevan emociones negativas como miedo, desconcierto, incertidumbre a lo desconocido partiendo de esta hipótesis surge la idea de intervenir desde una propuesta pedagógica en donde a partir del aprovechamiento del tiempo de internamiento se realizaran actividades formativas que a su vez ayuden a la generación de emociones positivas y en la medida de lo posible minimizar las negativas.

F.2 CONTEXTO SOCIOEDUCTIVO

El ámbito en el que se inscribe la presente propuesta es la educación no formal, tomando como referencia la definición de (Lamata 2003, sin página) la educación no formal son todos aquellos procesos formativos que, explicitando su intención y organización educativa, están fuera del sistema educativo formal [...] La educación no formal, en su sentido más amplio, va integrando los distintos ámbitos formativos que se generan fuera del sistema educativo. En este sentido un ejemplo sería una formación ocupacional no institucionalizada, el aprendizaje de alguna habilidad específica como actuación, canto, oratoria sin que formalmente se enseñe bajo algún plan de estudios; en general cualquier acción educativa que se dé fuera de la escuela.

Trilla dice que (Trilla 1996 en Ortiz, 1999:2), que las áreas de actuación de la educación no formal incluyen, curiosamente contenidos, ámbitos y colectivos específicos como pueden ser la educación socio sanitaria y hace referencia a la íntima relación de la pedagogía hospitalaria con la educación no formal:

- Compensar el retraso académico por falta de escolaridad.
- Dar contenidos académicos en los tiempos libres fuera del tratamiento médico.
- Atender a las secuelas derivadas del propio estado de enfermedad.

Por último considerando la definición de Ortega quien menciona que:

“La educación no formal se refiere a programas que ofrecen experiencias de aprendizaje a la población marginada, quienes han podido superar el modelo de formación escolar y generalmente abordan problemas de desarrollo de la comunidad como pueden ser, capacitación técnico vocacional, alfabetización, planificación familiar, concientización, entre otras” (Ortega, 1984:20).

Es decir que la educación no formal surge para atender deficiencias de la educación escolarizada y se da a partir de la necesidad de atender intereses de los individuos sin embargo estos aprendizajes no tendrán algún documento que otorgue validez ya que no se da dentro de una institución educativa.

A partir de estas definiciones es cómo se sitúa la actual propuesta pedagógica dentro de la educación no formal ya que a pesar de que el taller cuenta con objetivos definidos y aprendizajes esperados lo cual habla de una estructura pedagógica, no se da acreditación de los aprendizajes obtenidos ni cuenta con validez de alguna institución educativa.

Uno de los puntos mencionados es que la educación no formal atiende deficiencias de la educación formal, dentro del Instituto Nacional de Cardiología y en acuerdo con la SEP se instauró el programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital” el cual es un proyecto educativo formal “dirigido a la población cautiva en hospitales que requiere cursar educación inicial, básica y apoyado en valores como la solidaridad, la conciencia y el compromiso de dar a los demás, Sigamos aprendiendo... en el hospital, fue diseñado para lograr una vinculación entre la salud y la educación, y con ello evitar el rezago educativo y la pérdida del curso escolar” (SEP, 2020), es decir que es un programa que atiende necesidades educativas y que tiene como objetivo principal evitar la deserción escolar; este programa lleva los contenidos educativos al hospital con la finalidad de que los chicos no se retrasen en sus estudios por estar por largos periodos de hospitalización.

Por mencionar algunos de los objetivos principales de este programa:

- Defender y garantizar el derecho de los niños hospitalizados a recibir una educación apropiada a sus necesidades individuales en un entorno educativo adecuado.
- Asegurar la continuidad de esta educación para aquellos niños enfermos que, tras un ingreso hospitalario, deban convalecer en el propio domicilio por un periodo prolongado.
- Actuar como mediadora entre todos los profesionales implicados en el campo de la atención de la hospitalización infantil (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales...)

Para ello la SEP provee de recursos materiales como son libros, material didáctico, computadoras, incluso el equipamiento de un aula educativa dentro del hospital, hasta recursos humanos que son profesores que día con día imparten contenidos educativos adaptados a las condiciones de cada uno de los alumnos y en coordinación con su escuela de origen se evalúa a los alumnos para que no pierdan el ciclo escolar.

Sin embargo, en ninguno de los puntos mencionados anteriormente se contempla algún tipo de asistencia emocional para los estudiantes, si bien la continuidad de los estudios a nivel básico es muy importante también lo es que los chicos se encuentren en condiciones emocionales correctas para lograr los aprendizajes educativos esperados, es decir se necesita un estado de ánimo óptimo para que el adolescente logre interiorizar los contenidos educativos dados por el profesor día con día.

Es así como a partir de un taller que se base en actividades lúdico-recreativas se pretende mejorar el estado de ánimo, así como un óptimo manejo de las emociones que permita un mejor desarrollo de los adolescentes que tendrá múltiples beneficios entre ellos un estado de plenitud que le permita interiorizar los contenidos educativos.

G) DISEÑO DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN

INTRODUCCIÓN

En el presente apartado se desarrolla una propuesta didáctica dirigida a adolescentes en situación de hospitalización, con la finalidad de aportar herramientas que favorezcan el comportamiento emocional, así como una mayor manifestación de emociones positivas.

Recordemos que durante una situación de internamiento diferentes aspectos podrían tenerle emocionalmente endeble como la separación familiar, la esfera escolar también se ha visto interrumpida, incluso el alejamiento de sus grupo de iguales que son de suma importancia para ellos durante la etapa de adolescencia; y siendo el hospital un ambiente hostil adicional a la situación de enfermedad es común que las emociones negativas imperen y definan un comportamiento poco racional en ellos; es por ello y atendiendo a las necesidades que no son primordiales dentro del nosocomio se plantea la presente propuesta, en donde a partir de actividades didácticas y lúdico-recreativas se brindaran herramientas que favorezcan una regulación emocional.

La importancia del presente estriba en prevenir efectos perjudiciales en la salud de los adolescentes derivados de la manifestación de emociones negativas y por el contrario como ya hemos visto a partir de una mayor manifestación de emociones positivas favorecer una pronta recuperación, así como fomentar el desarrollo pleno del individuo no solo durante su estancia hospitalaria sino proveerle de aprendizajes para la vida.

G.1 MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y HUMANISTA

Para la presente propuesta pedagógica retomaré el modelo de Inteligencia emocional de Daniel Goleman basado en Mayer y Salovey así como el modelo humanista de Carls Rogers.

Primeramente es importante recalcar que el concepto de Inteligencia Emocional es un término que se empezó a utilizar a partir de finales de los años 90's y a pesar de que grandes filósofos, científicos, psicólogos y demás y grandes literarios han estudiado y realizado aportaciones al campo del estudio de las emociones y concluido que las habilidades emocionales ayudan a la resolución de problemas, mejora las capacidades de adaptación, así mismo beneficia el desarrollo de habilidades sociales fue hasta el año de 1995 cuando

Daniel Goleman con su trabajo “Emotional Intelligence” el concepto como tal tuvo una gran difusión a nivel mundial, sin embargo Goleman refiere que se ha basado en los trabajos previos de Salovey y Mayer (1997) para quienes:

“La inteligencia emocional incluye la habilidad para 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” (Bisquerra, 2009: 128).

En este sentido Goleman trata a la Inteligencia emocional como igual o más importante que el coeficiente intelectual además de que menciona que en el futuro serán mejor valoradas las habilidades emocionales que las intelectuales, el gran impacto que tuvo se logró gracias a que hace mención de que las habilidades emocionales pueden ser aprendidas y que todas las personas pueden ser emocionalmente inteligentes.

Por lo cual para Mayer y Salovey la inteligencia emocional se estructura como un modelo de cuatro características interrelacionadas: (Bisquerra, 2009: 129).

- Percepción emocional
- Facilitación emocional del pensamiento
- Comprensión emocional
- Regulación emocional

Para Daniel Goleman las emociones “son en esencia impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución” (Goleman, 1995: 9) las cuales su vez se han ido moldeando a partir de las experiencias propias y se ven también influidas por el medio cultural en el que se desarrolla el individuo, para ello la Educación Emocional debe fomentar aprendizajes para la vida y así como promover características en el individuo como:

“La capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la

angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último —pero no, por ello, menos importante—, la capacidad de empatizar y confiar en los demás” (Goleman, 1995: 25).

En este aspecto la inteligencia emocional es la clave para conocernos a nosotros mismos y tener un desarrollo pleno con la sociedad.

Por su parte el modelo de Goleman 1998, quedaría estructurado de la siguiente manera en (Bisquerra, 2009: 131)

- Autoconciencia: autoconciencia emocional, autoevaluación apropiada, autoconfianza.
- Autorregulación: autocontrol, confiabilidad, responsabilidad, adaptabilidad, innovación.
- Automotivación: motivación de logro, compromiso, iniciativa, optimismo,
- Empatía: empatía, conciencia organizacional, orientación al servicio, desarrollo de los demás, aprovechamiento de los demás,
- Habilidades sociales: liderazgo, comunicación, influencia, catalización del cambio, gestión de conflictos, construcción de alianzas, colaboración y cooperación, trabajo en equipo.

Una de las grandes aportaciones de Goleman en el estudio de las emociones es que pone en evidencia la necesidad de integrar la educación emocional al sistema educativo ya que considera no se prepara para la vida y cómo afrontar las diversas dificultades con una actitud emocional inteligente.

Por otro lado, está la fundamentación teórica del modelo Humanista de Carls Rogers con su “modelo counseling” en donde ve al asesoramiento como un proceso de ayuda en general y donde el asesoramiento es “un proceso de ayuda que se basa en la comunicación interpersonal, la libertad, la aceptación mutua, y la afectividad” (Rivas, 1988: 114), es decir que la autorrealización será la finalidad del individuo y esto se hará a partir de la toma de decisiones que el sujeto mismo hará.

Las aportaciones más importantes que Rogers hizo respecto de su teoría fueron:

- El asesoramiento es no directivo, es decir la responsabilidad radica en el cliente y se

otorga un alto nivel de confianza a la persona para su desarrollo pleno.

- Todo el proceso de ayuda se hará “centrado en el cliente” es decir se dará toda la ayuda necesaria que el sujeto demande.
- El término comunicación es la clave para llevar a cabo el proceso de asesoramiento.

Por otra parte, El modelo de consejo de enfoque humanista, presenta las siguientes características de acuerdo a (Alonso, 2006: 363) y distingue tres planos que se encuentran integrados (instintivo, afectivo e intelectual) se busca un equilibrio ya que algún desajuste genera disfunciones es decir la conducta desajustada se produce cuando existen incongruencias entre los sentimientos y necesidades internas (de seguridad, pertenencia al grupo, estima y autorrealización) y las experiencias exteriores. El origen de los conflictos es de manera individual y responde a la frustración en la autorrealización.

Para ello la orientación se considera como un proceso para ayudar al sujeto a tomar conciencia de sus conductas. Por medio del diálogo terapéutico libre y abierto con el orientador el sujeto puede analizar, dominar y asimilar el conflicto por el que atraviesa como si fuera un objeto externo y neutralizar las situaciones emocionales que lo perturban.

Para Rogers, algunos de los aspectos que definen la conducta humana son (Rivas, 1988: 118):

- La idea de libertad humana.
- El respeto a la intimidad y a la expresión de sentimientos en la comunicación.
- El significado de la elección en la conducta libre.
- El sentido evolutivo y constructivo de la experiencia.
- La existencia humana como un hacerse a sí mismo libremente.

Es decir que para entender los aspectos mencionados anteriormente es importante saber el concepto de sí mismo así como las metas personales, es así como se logrará la autorrealización la cual será “la tendencia a desarrollar al máximo todas las capacidades que sirven para conservar o potenciar el organismo” (Rivas, 1988: 118), la cual se logrará a partir de la toma de decisiones autónomas.

Por su parte el asesor debe “asumir, en la medida de lo posible, el marco interno de referencia del cliente, apreciar el mundo como lo ve el asesorado y percibir a este último tal como se le ve, dejar de lado todas las percepciones recibidas desde el marco externo de referencia y comunicar al cliente parte de esta confrontación empática” (Rivas, 1988: 122) es decir el asesor tiene un papel poco activo y dentro de sus funciones principales será escuchar activamente y guiar al cliente para ello propone tres características:

- a. Congruencia, el asesor debe ser abierto, sincero y mostrarse naturalmente.
- b. Comprensión, debe ser empático y no mostrarse como figura de autoridad.
- c. Aceptación incondicional, aceptar al asesorado tal cual es sin prejuicios.

Por último, el asesor debe fungir como figura incondicional que debe mostrarse empático, trato afable, aceptación en todo momento y apoyo en la toma de decisiones que el asesorado haga por sí mismo.

Varios autores han encontrado similitudes entre el modelo de Salovey y Mayer y el modelo de Counseling ya que tienen una fundamentación humanista, estos elementos en común permiten que se puedan trabajar de manera conjunta en el asesoramiento del individuo.

G.2 ESQUEMA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Fundamentación metodológica	Modelo de inteligencia emocional y humanista.
<i>Objetivo general</i>	Desarrollar un taller que favorezca la conducta de las emociones en adolescentes en condiciones hospitalarias.
<i>Población</i>	Adolescentes hospitalizados.
<i>Lugar</i>	Aula ambientada en institución de salud, hospital.
Duración	6 sesiones.
<i>Temas</i>	<p>BLOQUE I Bienvenida, Reconocimiento de las emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 1: Conceptualización de emociones. • Sesión 2: Reconocimiento de las propias emociones. <p>BLOQUE II Manifestación y control de emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 3: Clasificación las emociones. • Sesión 4: Emociones, manifestaciones e la importancia de sentirlas. <p>BLOQUE III Viviendo y compartiendo mis emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión 5: Manejo de emociones dentro en el contexto hospitalario. • Sesión 6: La regulación emocional y las emociones negativas. • Sesión 7: Viviendo mis emociones.

G.3 PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

BLOQUE 1.- BIENVENIDA, RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	1
------------------	----	-------------------	---

Temática:	Presentación.	Tema	Bienvenida y conceptualización de las emociones.
Objetivo de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentación del taller, dar a conocer el objetivo del mismo. ❖ Generar empatía con los adolescentes. ❖ Indagar cuales son los conocimientos propios sobre las emociones. 		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
Bienvenida, reconocimiento del grupo de adolescentes con el cual se trabajará el taller y su conocimiento previo sobre las emociones.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar la diversidad del grupo con el cual se trabajará. ❖ Indagar en las emociones que conocen y el significado que les dan a cada una de ellas. 	

	Sesión	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza - aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	15 minutos			<ul style="list-style-type: none"> • Se dará bienvenida a los adolescentes en un ambiente de armonía, siendo empático en todo momento para lograr una mejor apertura por parte de los chicos. • Se solicitará que se sienten en semicírculo, y se procederá a platicar el objetivo del taller con ayuda de las diapositivas. • Posteriormente se solicitará a cada uno que nos comente su nombre, tiempo de estancia en el hospital y sus hobbies (Durante los cuales se puede hacer mención de comentarios positivos para lograr un ambiente de empatía y entendimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diapositivas ❖ Libreta ❖ Bolígrafo 	Conocimiento del grupo, tiempo de estancia hospitalaria.

Desarrollo	35 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Se preguntará de manera general si saben que es una emoción, y se apuntará en un pizarrón a manera de lluvia de ideas. • Con ayuda de las diapositivas se dará un concepto claro de es una emoción. • Se preguntará a cada uno de ellos cuales son las principales emociones que conocen y se apuntarán en el pizarrón. • Actividad lúdica “memorama de las emociones” se repartirá el material para que elaboren un memorama por pareja y ocuparan el resto del tiempo para jugar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diapositivas ❖ Tijeras ❖ Moldes del memorama ❖ Mica auto adherible 	Conocimiento previo sobre las emociones, disposición al trabajo en equipo, participación durante la sesión.
Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Por parejas nos comentaran que les pareció la actividad. • Y se pedirá a una sola persona que nos diga el concepto de que es una emoción. • Se aclararán dudas que surjan respecto al tema. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Libreta ❖ Bolígrafo 	Participación en la sesión, conceptualización de “emoción”.

Observaciones



Amor



Amor



Sorpresa



Sorpresa



Enojo



Enojo



Felicidad



Felicidad



Tristeza



Tristeza



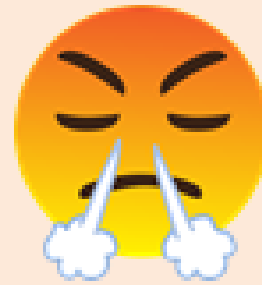
Miedo



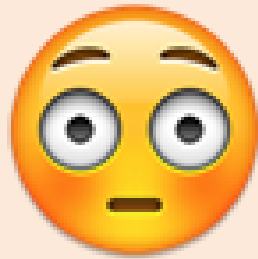
Miedo



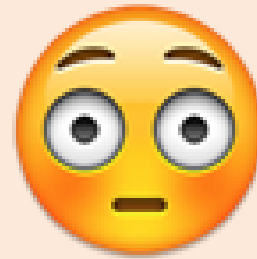
Ira



Ira



Vergüenza



Vergüenza

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	2
------------------	----	-------------------	---

Temática:	Interiorización de las emociones.	Tema	Reconocimiento de las propias emociones.
Objetivo de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lograr que el adolescente identifique cuales son las emociones que siente comúnmente. ❖ El adolescente sea capaz de reconocer las emociones de los demás. 		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
A partir de la participación activa y de actividades lúdicas determinar qué factores que repercuten en la manifestación de las emociones.		Identificar algunas de las situaciones que los llevan a sentir emociones más comúnmente.	

	Sección	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	20 min			<ul style="list-style-type: none"> • A manera de lluvia de ideas se preguntará que emociones conocen y alguna situación con la que lo asocien, se apuntará en el pizarrón. • Con ayuda de las diapositivas se darán a conocer las emociones básicas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pizarrón ❖ Plumones ❖ Diapositivas 	Reconocimiento de las propias emociones.
Desarrollo	30 min			<ul style="list-style-type: none"> • Video animado de las emociones: https://www.youtube.com/watch?v=vsFERoAz448 • Una vez reconocidas las emociones básicas, se les compartirá la actividad “reconociendo mis propias emociones”. • En grupo se debatirá cuáles fueron las principales emociones y en que coincidieron con sus compañeros. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Computadora ❖ Proyector ❖ Formato de actividad ❖ Lápices ❖ colores 	Participación en grupo, apertura a compartir experiencias.

Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a una persona recapitule cuales principales emociones que existen. • Acarar dudas y comentarios de la sesión. • Tarea, “¿Qué emociones experimenté hoy?”. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Libreta ❖ Lápices ❖ Formato de tarea 	Participación individual y grupal.
---------------	------------------------	--	---	--	------------------------------------

Observaciones

-
- **Elaborar un listado de las emociones con las cuales se ha identificado según el video.**



fecha	¿Cuál fue la emoción que experimenté? ¿Qué situación la ocasionó?
--------------	--

Mañana	
---------------	--

Tarde	
--------------	--

Noche	
--------------	--

BLOQUE 2.- MANIFESTACIÓN Y CONTROL DE EMOCIONES

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	3
------------------	----	-------------------	---

Temática:	Interiorización y manifestación de las emociones.	Tema	Clasificación de las emociones.
Objetivo de la unidad	❖ El adolescente profundice sobre las emociones y logre conceptualizarlas e interiorizarlas así como dotarlo de herramientas para la regulación de las mismas.		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
A partir de actividades didácticas y lúdicas se brindarán herramientas para el manejo de emociones.		❖ El adolescente catalogue las emociones. ❖ El adolescente conozca herramientas para el control de emociones.	

	Sección	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	15 min			<ul style="list-style-type: none"> A manera de lluvia de ideas preguntar ¿Hay emociones buenas o malas?, pedir a uno de los chicos que lo anote en el pizarrón. Con ayuda de las diapositivas mostrar la clasificación de las emociones y explicar la función de cada una de ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pizarrón ❖ Plumones ❖ Diapositivas 	Participación activa del grupo, interés a las diapositivas

Desarrollo	35 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la tarea ¿Qué emociones sentí hoy?, seleccionar de manera aleatoria a una persona que nos platique las emociones que sintió y en qué circunstancias lo llevo a sentirla, debe darle una clasificación Positiva/negativa. • Actividad “Adivinanzas de las emociones”, los adolescentes crearan un juego de adivinanzas es decir se repartirán tarjetas de cartón y se asignaran dos “emociones” a cada uno, ellos deben crear una adivinanza. • El tutor de grupo recabada las tarjetas y procede a jugar a las adivinanzas con el grupo, el chico que más respuestas acierte tendrá un premio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colores ❖ Plumones ❖ Tarjetas de Cartón 	Trabajo en equipo, profundidad en la concepción de las emociones.
Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a una persona nos de ejemplos de emociones negativas. • Pedir a otra persona nos de ejemplos de emociones positivas. • Tarea “Cuando estoy aquí...me siento...”, repartir formato y dar indicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formato de “cuando estoy aquí... me siento...” 	Participación individual, interiorización de los conceptos.

Observaciones

- **Formato de tarjetas para Actividad “Adivinanzas de las emociones”**





Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	4
------------------	----	-------------------	---

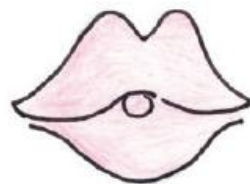
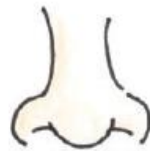
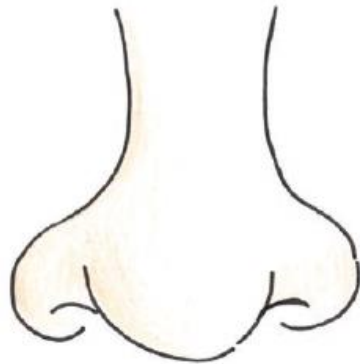
Temática:	Manifestación y control de las emociones	Tema	Emociones y sus manifestaciones, y la importancia de sentirlas
Objetivo de la unidad	❖ El adolescente logre verbalizarlas sus emociones y sus manifestaciones así como identificar situaciones de la cotidianidad que los llevan a sentirlas.		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
A partir de actividades didácticas y lúdicas se proporcionan herramientas para el control de emociones.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ El adolescente logra ser consciente de cuando siente una emoción. ❖ El adolescente conoce la importancia de las emociones en la vida personal y social. ❖ El adolescente posee herramientas para el control de emociones. 	

	Sección	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	20 min			<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea, se pide a dos chicos que nos muestren el ejercicio que hicieron de tarea, se pide al resto del grupo hacer comentarios al respecto. • Con ayuda de las diapositivas se explicará a los chicos cual es la importancia de las emociones en la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas 	Participación individual.
Desarrollo	30 min			<ul style="list-style-type: none"> • Actividad: “Cuéntame una historia”, se proporcionará material a los chicos para que creen una pequeña historia a partir de alguna “emoción”, deben armar una máscara con el material proporcionado y contar la historia al resto del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cartulina ❖ Pegamento ❖ Hilo ❖ Tijeras ❖ Formatos guías de caritas 	Participación individual y en equipo.

Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Resolver dudas respecto al tema del día. • Tarea: “Dibujando mi enojo”, se pedirá a los adolescentes que cuando tengan una situación de enojo durante el día dibujen la situación que los llevo a enojarse y como se sintieron. 	❖ Formato para hacer la tarea	Apertura a mostrar dudas.
---------------	------------------------	--	--	-------------------------------	---------------------------

Observaciones





“Dibujando mi enojo...”



BLOQUE 3.- VIVIENDO Y COMPARTIENDO MIS EMOCIONES

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	60	5
------------------	----	-------------------	----	---

Temática:	Desarrollo de habilidades emocionales dentro del contexto hospitalario	Tema	Manejo de emociones Dentro del hospital.
Objetivo de la unidad	❖ Fomentar la regulación emocional y proveer de técnicas que ayuden al manejo de emociones dentro del contexto hospitalario.		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
Mediante técnicas lúdicas, didácticas y recreativas, se fomentara una mayor competencia emocional.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ El adolescente identifica cuando se está manifestando una emoción negativa. ❖ El adolescente posee herramientas para el control de emociones. 	

	Sesión	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	20 min			<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tarea “dibujando mi enojo”, se pedirá la participación de dos chicos y que platiquen que fue lo que dibujaron; entre todos se comentará como es que se sintieron haciendo el dibujo. • Con apoyo de las diapositivas se explicará a los adolescentes como repercuten las emociones negativas en su salud, forma de ver las cosas y sus relaciones con los demás. 	Diapositivas	Participación individual y en equipo.

Desarrollo	30 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Actividad “el globo de la emoción”, se repartirá un globo a cada uno y se explicará una analogía del cuerpo humano con el globo que se llena de emociones con apoyo de una diapositiva. • Actividad, “mindfulness”, a partir de una sesión de respiración controlada de 15 min (https://www.youtube.com/watch?v=dTF6hDICVB0) se buscará que regulen las emociones negativas, se recomienda poner música relajante de fondo. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Globo ❖ plumones ❖ Computadora ❖ Bocinas 	Disposición a realizar las actividades, participación activa.
Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá a los participantes de la sesión que respondan a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cómo te sientes ahora? ❖ ¿Te sientes igual que hace 30 min? • Por último se sugerirá que cuando sientan una emoción negativa a lo largo del día se trasladen a este momento y de manera autónoma, realicen los ejercicios de respiración; se les compartirá la hoja con ejercicios de respiración. 		Participación individual y en equipo.

Observaciones

Ejercicios de respiración

Respiración Equitativa

Para comenzar, inhale contando hasta cuatro, luego exhale también contando hasta cuatro (todo por la nariz, lo que añade una resistencia natural a la respiración) , las personas más avanzadas pueden apuntar a la respiración contando hasta 6 u 8, con el mismo objetivo en mente: calmar al sistema nervioso, aumentar la concentración y reducir el estrés.

Técnicas de respiración abdominal

Cómo se hace: con una mano en el pecho y otra en la panza, inhala profundamente por la nariz, asegurándote que el diafragma (no el pecho) se infle con aire suficiente para crear un ensanchamiento de los pulmones. El objetivo: de 6 a 10 respiraciones lentas por minuto, por 10 minutos todos los días para experimentar reducción inmediata de la presión cardíaca y sanguínea.

Respiración alternada por las fosas nasales

Comenzando con una postura cómoda de meditación, agarre el pulgar derecho y ubíquelo en la fosa nasal derecha e inhale profundamente a través de la fosa nasal izquierda. Al llegar al pico de la inhalación, tape la fosa nasal izquierda, luego exhale a través de la fosa nasal derecha. Continúe este patrón, inhalando por la fosa nasal derecha, luego cerrándola con el pulgar derecho y exhalando a través de la fosa nasal izquierda.

Respiración del Cráneo Brillante

Este comienza con una larga y lenta inhalación, seguida de una rápida y poderosa exhalación generada desde la parte de abajo de la panza. Una vez que estés cómodo con esta contracción, sube el ritmo a un inhalar-exhalar (todo por la nariz) cada 1 o 2 segundos, por un total de 10 respiraciones.

Relajación progresiva

Cómo se hace: Para aliviar tensiones desde la cabeza a los pies, cierre sus ojos y concéntrese en tensionar y relajar cada grupo de músculos por dos o tres segundos cada uno. Comience por los pies y dedos, luego muévase a las rodillas, muslos, glúteos, pecho, brazos, manos, cuello, mandíbula y ojos (todo manteniendo la respiración profunda y lenta) , aspiremos por la nariz, contemos hasta 5 mientras se tensan los músculos, por último, saquemos el aire por la boca.

Visualización guiada

Cómo se hace: dirígete a ese “lugar feliz”, respira profundamente mientras te concentras en imágenes positivas y placenteras para reemplazar cualquier pensamiento negativo. La psicóloga Ellen Langer explica que mientras que es solo un recurso para alcanzar mindfulness, “la visualización guiada ayuda a ponerte en el lugar que quieres estar, antes que dejar que tu mente haga ese diálogo interno que es tan estresante.”



Fuente: <https://www.psy ciencia.com/6-ejercicios-de-respiracion-para-relajarse/>

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	6
------------------	----	-------------------	---

Temática:	Desarrollo de habilidades para la regulación emocional.	Tema	La regulación emocional y las emociones negativas.
Objetivo de la unidad	El adolescente conceptualice la regulación emocional así como proveer de técnicas que ayuden a que el adolescente maneje situaciones de estrés.		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
Mediante técnicas lúdicas, didácticas y recreativas, se fomentara mejor manejo de situaciones de estrés.		<ul style="list-style-type: none"> ❖ El adolescente conceptualiza que es la regulación emocional. ❖ El adolescente es capaz de manejar una situación de estrés. 	

	Sección	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza – aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	15 min			<ul style="list-style-type: none"> • Se abordará la sesión, preguntando si alguien practico la sesión de respiración y ¿Por qué tuvo que practicarla? • Con apoyo de las diapositivas se explicará a los adolescentes que es la “regulación emocional” y que beneficios atrae para la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diapositivas 	Participación individual y grupal
Desarrollo	35 min			<ul style="list-style-type: none"> • Actividad: “pensando positivamente”, en esta actividad se otorgarán una serie de frases tanto positivas como negativas, en parejas elegirán una frase negativa y debatirán que frase positiva puede contrarrestarla; posteriormente explicaran al resto del grupo porque eligieron esa frase. • Posteriormente armaran un collage con las frases positivas, la cual podrán llevar a su dormitorio para repasarla una vez se manifiesten emociones negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formato de frases ❖ Cartulina ❖ Pegamento ❖ Tijeras ❖ Colores 	Disposición a realizar las actividades, participación activa.

Cierre	10 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá a alguien del grupo que nos comente que es la regulación emocional y para qué sirve. • Se aclararan dudas de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Libreta ❖ pluma 	Preguntas de los adolescentes y participación activa
---------------	------------------------	--	--	--	--

Observaciones

- Actividad “pensando positivamente”

<i>Pensamientos positivos</i>	<i>Pensamientos negativos</i>
“Soy un desastre”	“soy capaz de superar esta situación”
“No puedo controlarlo”	“Si me esfuerzo tendré éxito”
“Me siento desbordado”	“Preocuparse no facilita las cosas”
“Todo va a salir mal”	“Esto no va a estar tan terrible”
“No puedo controlar esta situación”	“Seguro que lo lograré”
“Lo hace a propósito”	“Posiblemente no se haya dado cuenta de lo que hace me molesta”

Planeación Didáctica

Núm. sesiones: 1	de	Duración: 60 min.	7
------------------	----	-------------------	---

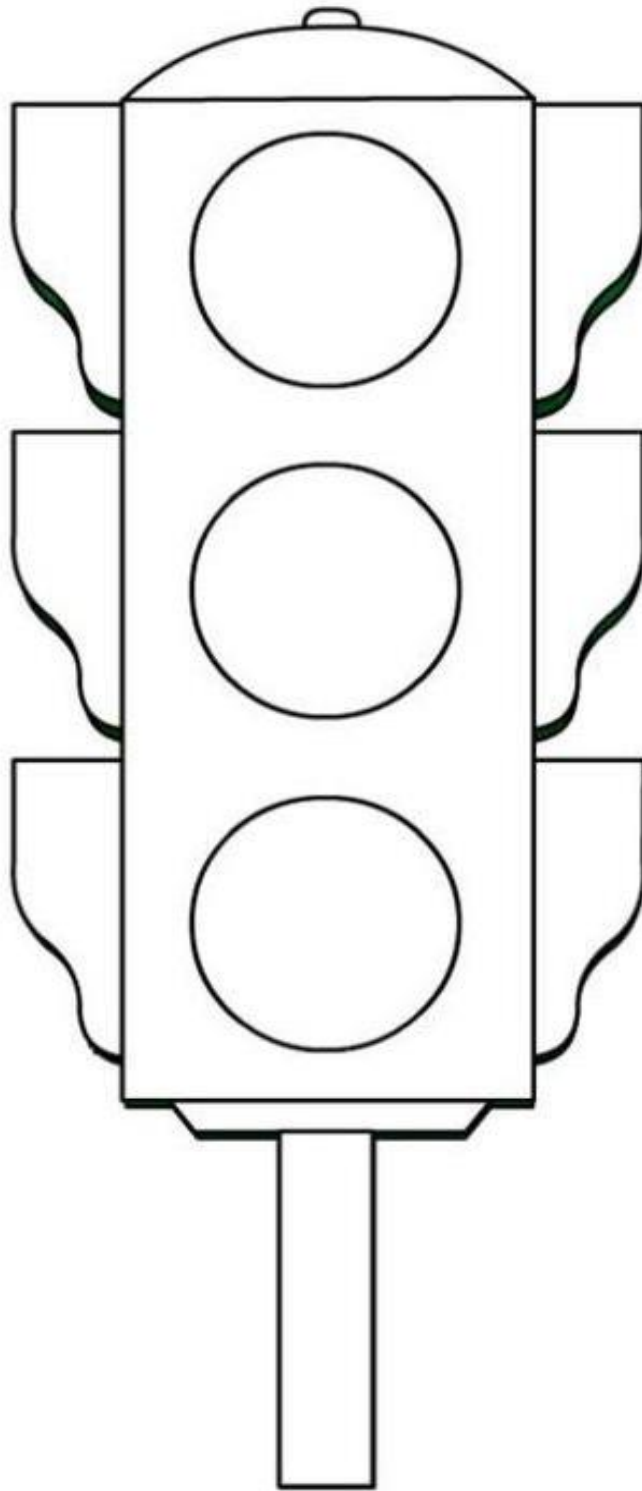
Temática:	Desarrollo de habilidades para la regulación emocional.	Tema	Viviendo mis emociones
Objetivo de la unidad	❖ El adolescente reconozca el valor esencial que tienen las emociones en su situación de enfermedad, y en la vida en general.		
Contenido temático		Aprendizajes por alcanzar	
Mediante técnicas lúdicas, didácticas y recreativas, se fomentan competencias emocionales.		❖ El adolescente sea capaz de regular sus emociones en situaciones adversas. ❖ El adolescente reconoce la importancia del manejo de las emociones.	

	Sección	Grupos	tiempos	Estrategias de enseñanza - aprendizaje	Recursos	Evaluación producto y evidencias
Inicio	15 min			<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la sesión preguntando si alguien hizo uso de las frases positivas de la sesión anterior y como se sintieron. • Con ayuda de diapositivas argumentar como es que las emociones son parte del día a día y nos ayudan a establecer mejores relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos de la vida. 	❖ Diapositivas	Participación individual y grupal.
Desarrollo	30 min			<ul style="list-style-type: none"> • Actividad “el semáforo de las emociones”, repartir a cada uno un semáforo el cual deben colorear, con ayuda de una diapositiva explicar la temática de su uso durante su estancia hospitalaria y como pueden trasladar su uso a su vida cotidiana. 	❖ Diapositivas ❖ Formato de semáforo ❖ Colores ❖ Lápices ❖ tijeras	Interiorización de la importancia de la regulación emocional.

Cierre	15 mi n		<ul style="list-style-type: none"> • A manera de recomendación dar algunos otros ejemplos de actividades que les ayuden en situaciones de estrés dentro del contexto hospitalario: sopas de letras, colorear mandalas, sudokus, dibujar, escuchar música, etc. • Agradecer su colaboración durante el taller. • Solicitar retroalimentación acerca de que les pareció el taller. 	❖ Diapositivas	Participación individual y valoración del taller.
---------------	------------------------	--	---	----------------	---

Observaciones

- ¡Semáforo de las emociones!



DETENTE

PIENSA

ACTUA

H) CONCLUSIONES

Estamos inmersos en una sociedad en donde la enfermedad está a la orden del día, enfermedades que han obligado a la población a renovarse y sobre todo que nos tienen en constante cambio, lo cual demanda una alta capacidad de adaptación y donde desde un punto de vista educativo es importante atender a toda la población que lo demande.

Como respuesta a una de estas necesidades asistenciales surge la Pedagogía Hospitalaria quien específicamente y como su nombre lo dice se encarga de atender a la población que está en situación de hospitalización; históricamente se ha dado la responsabilidad a la Pedagogía Hospitalaria de atender situaciones de rezago educativo y evitarlo en la medida de lo posible; sin duda alguna ha sido una gran labor compensatoria

La atención hospitalaria no debe limitarse a actividades compensatorias, es importante guiar a la persona durante la estancia hospitalaria para que su reinserción a la sociedad se realice de la mejor manera y que los aprendizajes adquiridos puedan aplicarse para la vida.

Considerar a la persona como un ser integral y atender a las diferentes necesidades que surgen, para que una persona pueda adquirir conocimientos específicos es importante esté libre de estrés, miedos y tensiones para ello considero fundamental la atención emocional.

Como ya mencioné la Pedagogía Hospitalaria surge para atender problemas de índole pedagógica que la escuela institucionalizada no logra atender es decir, busca intervenir en la educación de niños y adolescentes con problemas de salud o en situación de enfermedad en donde personal de salud y pedagogos buscaran el desarrollo integral del sujeto; Así mismo la pedagogía hospitalaria responde a la necesidad de brindar una educación “inclusiva” en donde los fines son meramente compensatorios y logra llevar los contenidos escolares al hospital con la finalidad de que el alumno, derivado de los largos periodos de hospitalización no caiga en el rezago educativo derivado de su situación de vulnerabilidad como lo es la hospitalización.

La educación para salud se ha logrado posicionar como una necesidad prioritaria dentro de los procesos hospitalarios, otorgando la responsabilidad a los profesionales en educación de

crear programas que tengan por objetivo mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes dentro de los nosocomios.

En México a partir del año 2005 se logró implementar el primer y único gran proyecto con alcance nacional para la atención de niños y adolescentes en situación de hospitalización, en donde a partir de un enlace con su centro educativo de origen y la institución de salud logran combatir el rezago educativo que pudiera darse derivado de la situación de internamiento.

Sin embargo la Pedagogía Hospitalaria es una corriente que se encuentra en constante evolución ya que los profesionales en educación han logrado detectar otro tipo de necesidades asistenciales que pudieran deteriorar la correcta reinserción de los alumnos a sus centros educativos de origen, como lo son problemas en la esfera emocional que les impidan un correcto proceso de aprendizaje durante la estancia hospitalaria o posterior a su reincorporación en su centro educativo.

Es así como a partir de estudiar a diversos autores del campo Pedagógico Hospitalario, educación inclusiva y educación para la salud integral; se realiza la presente propuesta en la cual es de suma importancia trabajar en actividades con aprendizajes “para la vida” dentro de un clima de sociabilidad que favorezca una formación sobre todo humanista, que responda a las diversas necesidades tanto educativas como psicosociales y emocionales de los adolescentes, y en donde es primordial que sean de carácter lúdico recreativo, para estimular la imaginación, una sana convivencia, y la expresión desde la individualidad de la persona; Para ello es necesario crear espacios propicios y acordes a las limitaciones de los niños/adolescentes y lograr su correcto desenvolvimiento.

Es una necesidad vital la formación del profesional de la educación en el hospital y es decir un profesional capaz de generar entre los diferentes miembros del grupo un ambiente óptimo y de inclusión entre los alumnos y enfocado en desarrollar aprendizajes significativos en los niños y así mismo lograr la inclusión de padres de familia, maestros de la escuela de origen, médicos, psicólogos y todos aquellos actores importantes en la vida del niño/adolescente, lo cual lo llevara a una autentica inclusión educativa que favorecerá a

desarrollar una vida íntegra así como maximizar las potencialidades del individuo y lograr su estancia lo más placentera posible dentro del centro hospitalario.

Desde mi punto de vista la condición hospitalaria es una oportunidad de crecimiento de la persona, un espacio en donde con ayuda del profesional de educación pueda ser consciente de sus capacidades y guiarlo en el desarrollo de sus habilidades emocionales para que logre replicarlos fuera de este contexto y favorecer de esta manera los fines de la educación y la pedagogía hospitalaria como lo es la autorrealización de la persona.

Por su parte se ha demostrado científicamente que la educación emocional tiene repercusión directa dentro de los procesos de enseñanza aprendizaje, la educación emocional al igual que la pedagogía hospitalaria busca potenciar el desarrollo humano y lograr su máximo bienestar en cualquier condición que se encuentre como lo es la condición de enfermedad.

Como profesionales de la educación es importante no solo dar importancia a la enseñanza de temas para su formación académica sino también buscar desarrollar competencias emocionales para favorecer la habilidad de auto motivarse, que en este caso los adolescentes puedan adoptar una actitud positiva ante la vida e incluso la habilidad para generar emociones positivas y que así tengan un impacto positivo en su estado de salud y lograr su correcta y rápida reinserción tanto al seno familiar como a sus diferentes instituciones educativas.

Es importante señalar que las emociones negativas tienen un impacto fuerte en la salud del ser humano, ya que un estado de malestar emocional puede ocasionar pérdida de apetito, alteración del sueño, fatiga y en general una clara disminución de energía que redundaría en un déficit en los procesos de enseñanza aprendizaje y en la pronta recuperación del adolescente enfermo. La importancia de atender necesidades emocionales no estriba en suprimir las emociones negativas de hecho se considera importante que la persona sea capaz de distinguir las emociones negativas de las positivas con la finalidad de que el sujeto sea capaz de detectar su estado emocional y canalizar sus emociones negativas, así como las situaciones que lo llevan a sentirlas, para que así en la medida de lo posible pueda trabajar en la construcción de un mayor estado emocional positivo.

La pedagogía Hospitalaria y la educación emocional son dos campos educativos que unen sus objetivos para lograr el máximo desarrollo personal del sujeto a partir de una visión holística de la persona y donde los diferentes actores en las esferas del sujeto como lo son la familiar, escolar, social son parte de un todo y cada una cumple con una función específica para lograr la integralidad del adolescente.

Como resultado de indagar en diferentes investigaciones, autores, conceptos y publicaciones científicas, puedo responder a las preguntas de investigación que guiaron la presente propuesta pedagógica:

¿De qué forma fortalecer la inteligencia emocional para favorecer la salud de adolescentes en condiciones hospitalarias?

La enfermedad y aún más una situación de hospitalización es una condición que conlleva la irrupción de la vida cotidiana del adolescente así como la desintegración de sus diferentes esferas de la vida como son la social, la escolar la familia; es decir la irrupción de su vida cotidiana así como la desinformación o incertidumbre en torno a su estado de salud puede ser un factor que desencadene una situación emocional complicada que resulte en un mayor tiempo de internamiento y a su vez que su reintegración a la vida cotidiana sea más compleja o que acarree problemas emocionales futuros.

Fortalecer la Inteligencia emocional a partir de actividades lúdico-recreativas es una manera de desarrollar habilidades o competencias emocionales que tendrán repercusiones a corto plazo es decir tenga una mejor actitud ante su situación de enfermedad que redunde en un menor tiempo de internamiento, así como a largo plazo es decir que los conocimientos o habilidades emocionales adquiridas pueda aplicarlas en la vida cotidiana y durante toda su vida lo cual redundara en mejores relaciones sociales, capacidad de auto motivarse ante situaciones difíciles que se le llegasen a presentar en la adultez y en general desarrollar el máximo potencial personal.

¿Cuál es la importancia de formar profesionales que atiendan problemas pedagógicos dentro del sector salud?

El profesional en educación es la persona ideal dentro del contexto hospitalario para atender situaciones educativas dentro del contexto formal y no formal, es decir el pedagogo hospitalario es capaz de comprender la relevancia de las emociones en la educación así como en la vida diaria; la importancia de formar profesionales en sector salud estriba en que son capaces de detectar situaciones que tienen injerencia directa en los procesos de enseñanza-aprendizaje y cuentan con las habilidades necesarias para enfrentarse al alumnado de forma más eficiente y satisfactoria, tomando en consideración la faceta emocional.

Así mismo su formación pedagógica les permite crear programas, diseñar propuestas y actividades que fomenten la regulación emocional y que dichos programas atiendan las particularidades de la persona u adolescente en este caso; es importante detectar necesidades emocionales y enunciar objetivos de un programa de educación emocional, que atienda a necesidades prioritarias así mismo es capaz de evaluar la eficacia de dichos programas y atender a las particularidades del adolescente en cuestión.

¿Qué características posee el adolescente en sus diferentes esferas de desarrollo biológico, psicológico y social?

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en donde se generan cambios abruptos tanto físicos como psicológicos, así mismo la manera de relacionarse con los adultos y sus iguales cambia y suele ser concluyente para la definición de la personalidad del sujeto y que termina con la llegada de la adultez.

Hay dos conceptos fundamentales durante esta etapa del desarrollo humano que son auto concepto y autoestima que suelen ser definitorios en la construcción de la personalidad, y sobre los cuales la familia y la sociedad juegan un papel definitorio para la construcción positiva o negativa del mismo; como etapa de desarrollo fisiológico hay muchos cambios evidentes de maduración sexual así como de humor/estados de ánimo conllevan una gran carga hormonal lo cual es una atenuante a sus características comportamentales y emocionales.

Es importante desarrollar actividades que regulen estos estados emocionales y que tengan un impacto positivo tanto en la autoestima como en el autoconcepto, también es importante considerar la participación de la familia como un principal agente de apoyo en la regulación emocional a partir de apoyo y afecto emocional.

Po ultimo considero que una labor conjunta paciente, médico, familia y personal de salubridad para un proceso de recuperación integral.

¿Cuáles son las principales características emocionales que desarrollan los adolescentes en condiciones hospitalarias?

Como hemos visto una condición de internamiento supone que las diferentes esferas de su vida se han visto afectadas y por lo tanto se ha alterado el desarrollo de las mismas; por una parte, su intimidad se ha visto interrumpida y ha sido separado de sus principales contextos cotidianos como lo es la escuela, familia, lugares de esparcimiento, etc. Adicional a que muy probablemente desconozca su estado de salud real y lo cual puede generarle angustia, desconcierto y ansiedad.

Se ha demostrado que las emociones negativas tienen impacto y son un riesgo para la salud; dentro del ámbito hospitalario es muy común que se presenten este tipo de emociones adicionales a miedo, enojo, frustración entre otras; es por ello que se busca aprovechar el tiempo libre es decir que no interrumpa su tratamiento médico en trabajar con actividades formativas que a su vez ayuden a la generación de emociones positivas y en la medida de lo posible minimizar las negativas así como evitar situaciones que puedan tener repercusiones futuras en su personalidad.

Cabe destacar que la labor pedagógica dentro de los hospitales va adquiriendo mayor importancia y no solo tiene injerencia en temas meramente escolarizados, sino que también posee habilidades que ayudan a orientar la vida del sujeto con la finalidad de un desarrollo integral.

I) REFERENCIAS

- Adam, E., Cela, J., Codina, M., Darner, p., Diez, A., Fuentes, M., Gómez, J., Lombart, C., López, M., Mallofré, M., Masegosa, A., Martí, J., Ortega, R., Palou, R., Roselló, R., Mariano, R., Sol, N., Talavera, M., Traveset (2003). Emociones y educación, Que son y como intervenir desde la escuela. Venezuela: GRAÓ.
- Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. Barcelona: Boixareau
- Alonso, J. (2006). Manual de orientación educativa y tutoría. Educación media y media superior. México: Universidad la Salle.
- Ander, E. (1991). El taller una alternativa de renovación pedagógica. Magisterio del río de la plata: Buenos Aires.
- Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, Memoria del diplomado. Versión Actualizada, 2018. Autoridad Educativa Federa en la Ciudad de México.
- Ardila, M. (2007). Adolescencia, desarrollo emocional guía para padres y docentes. Bogotá: Ecoe
- Arnaiz, P. y Ortiz, C. (1997). El derecho a una educación inclusiva. Madrid: pirámide
- Bisquerra, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. Madrid: síntesis.
- Bisquerra, R., Bisquerra, A., Cabero, M., Filella, G., García, E., López, E., Moreno, C., Oriol, X. (2011). Educación emocional propuesta para educadores y familias. España: Desclée de Brouwer
- Calderón, M. (2012). Aprendiendo sobre las emociones: manual de educación emocional. San José, C.R: Coordinación educativa y cultural centroamericana.
- Chabot, D., Chabot, M. (2009). Pedagogía Emocional sentir para aprender, integración de la inteligencia emocional en el aprendizaje. México: Alfa omega
- Château, J. (1959). Los grandes pedagogos. México: Fondo de cultura Económica

- Delgado, B. (2009). Psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez. En el desarrollo de la adolescencia (97-164). Madrid: Mc Graw Hill
- Díaz, A. (2013). Secuencias de aprendizaje. ¿Un problema del enfoque de competencias o un reencuentro con perspectivas didácticas? Profesorado revista de curriculum y formación del profesorado Vol. 17 No. 3 Universidad de Granada: España.
- Duskin, R., Martonelli, G. (2012). Desarrollo humano. En Adolescencia (352-417). México: Mc Graw Hill
- García, J., Cantón, I. & García M. (1990). Aproximación a la orientación y acción tutorial. En Cómo intervenir en la escuela (15-45). Madrid: Visor Distribuciones.
- Goleman, D. (1995). Inteligencia Emocional. España: Kairos
- Grau y Ortiz. 2001, La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una Educación Inclusiva. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Guillén, M., Mejía, A. (2002). Actuaciones educativas en aulas hospitalarias, atención escolar a niños enfermos. Madrid: Narcea
- Gutiez, C. y Muños, G. (2013). Estrategias de intervención didáctica en el contexto de aulas hospitalarias. En Sánchez Romero C., (Coord.) Aplicación de estrategias didácticas en contextos desfavorecidos. (pp. 125-152) Madrid, España: Universidad de Educación a distancia
- Lamata, R., Domínguez R. (2003). La construcción de procesos formativos en educación no formal. Madrid, España: Narcea.
- Mestre, J. & Guil, R. (2012). La regulación de las emociones: una vía de adaptación personal y social. Madrid: Pirámide.
- Míguez, Ma. (2006). Emociones y sentimientos. España: Nova Galicia Edicións.
- Montessori, Ma. (1986). Formación del hombre. México: Diana

Ortega, V. (1984). Educación para la salud en comunidades suburbanas en la ciudad de México. México: Tesina

Ortiz, C. (1999), Formación de los profesionales del contexto hospitalario. Revista de curriculum y formación del profesorado, 3,2,15 versión digital: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf>

Perea (2004), Educación para la Salud. Madrid España: Ediciones Díaz de Santos, S.A

Rivas, F. (1988). Psicología Vocacional: enfoques del asesoramiento. Madrid: Ediciones Morata.

Rugarcia, A. (2013). El desarrollo integral del sujeto vía el método trascendental: la ética del sujeto autentico y la humanización-real de la sociocultura. México: Náhuatl

Salmurri, F. (2004). Libertad emocional, estrategias para educar emociones. Barcelona: Paidós.

Serradas, M. 2003, "La pedagogía Hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar", en Revista de Pedagogía, Caracas, Vol. 24, N- 71 Versión impresa ISSN 0798-9792. Valdés y Flores

Torralba, F. (2008). El ser humano una realidad personal. En Boixareu, R. (Coord.) De la antropología filosófica a la antropología de la salud. Barcelona: Herder. Venezuela: Universidad Nacional Abierta de Venezuela.

Valdés, c. y Flores, L. (1995). El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria. España: Universidad Oviedo.

Zabala, A. (2000). La práctica educativa. Cómo enseñar. Barcelona: Grao.

SEP. Programa Sigamos aprendiendo...en el hospital. [en línea]. México (2020) disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sigamos-aprendiendo-en-el-hospital>

OTRAS FUENTES:

Bravo, N. Capacitación docente. El concepto de taller. Recuperado el 22 de junio de 2020, de:

Extremera, Fernández, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2), 1-17. Recuperado el 22 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412004000200005&lng=es&tlng=es.

Fernández, M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. *Revista electrónica de investigación educativa*. No. 15, 139-149 Recuperado el 20 de junio 2020, de <https://docs.google.com/document/d/1XDHzBt3e4gInMeZQZmFVNIS2ZuBU7QAEgc1NUiS4ZQ/edit>http://acreditacion.unillanos.edu.co/CapDocentes/contenidos/NESTOR%20BR AVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf

Ortiz, C. (1999), Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 3,2 versión digital: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf>

Psyciencia, (23 de mayo de 2020). Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/6-ejercicios-de-respiracion-para-relajarse/>

SEP. Apuntes de Pedagogía Hospitalaria memoria del primer diplomado en Pedagogía hospitalaria [en línea]. México: 2015 disponible en: http://www2.sepdf.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/archivos-acciones/apuntesph_digital-v3.pdf

SEP. Programa de Pedagogía hospitalaria (13 de febrero 2020) recuperado de: <https://www.gob.mx/aefcm/acciones-y-programas/programa-pedagogia-hospitalaria>.

SEP. Programa de Pedagogía hospitalaria [En línea]. México (2013) disponible en:
http://www2.sepdf.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/objetivos.jsp.