



Campus Norte

LA RESILIENCIA COMO PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA RESTAURAR EL ÁMBITO
HOSPITALARIO EN UN ESPACIO ACADÉMICO:
EN NIÑOS PREESCOLARES.

TESIS QUE PRESENTA:

ESTRADA MARTÍNEZ LAURA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

ASESORA:

MTRA. LILIA URIBE OLIVERA

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO, MAYO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Agradecimientos

Justificación

Introducción

CAPITULO 1

Resiliencia y Educación

1.1 Antecedente

1.2 Factores de riesgo, vulnerabilidad; factores protectores, resiliencia

1.3 Resiliencia y Pedagogía Hospitalaria

CAPITULO 2

HISTORIA Y PERSPECTIVAS DE LA PEDAGOGIA HOSPITALARIA

2.1 Antecedentes

2.1.1 Aproximaciones a la pedagogía hospitalaria

2.2 Contexto Latinoamericano

2.3 Pedagogía Hospitalaria

2.3.1 Trabajo Interdisciplinario

2.3.2 Contexto educativo en el hospital

2.3.3 Pedagogo Hospitalario

2.4 Salud – Educación

2.4.1 Padecimientos pediátricos, particularidades a considerar

CAPITULO 3

DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO EN ETAPA PREESCOLAR

3.1 Características del nivel preescolar

3.2 Programa de educación preescolar 2004

3.2.1 Campos formativos

3.2.1.1 Lenguaje y Comunicación

3.2.1.2 Pensamiento Matemático

3.2.1.3 Exploración y Conocimiento del Medio

- 3.2.1.4 Desarrollo Físico
- 3.2.1.5 Expresión y Apreciación Artística
- 3.3 Desarrollo evolutivo del preescolar
 - 3.3.1 Desde la visión de Jean Piaget
 - 3.3.1.1 Estadio sensorio motor
 - 3.3.1.2 Estadio pre operacional
 - 3.3.1.3 Estadio operaciones concretas
 - 3.3.1.4 Estadio operaciones formales
 - 3.3.2 Desde la visión de Lev Vygotsky
 - 3.3.2.1 Zona de Desarrollo Próximo
 - 3.3.2.2 La Socialización

CAPITULO 4

DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE RESILIENCIA – PEDAGOGIA HOSPITALARIA

- 4.1 Resiliencia y pedagogía hospitalaria
- 4.2 Juegos resiliencia
 - 4.2.1 Venta de cosas absurdas
 - 4.2.2 Palabras al azar, palabras parlantes
- 4.3 Estrategias diversas

Conclusiones

Glosario

Bibliografía

Anexos

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos angelotes guardianes, mis padres, gracias por estar siempre pendiente, por ser mi guarida y mi fortaleza, gracias por todo el apoyo brindado, a mis hermanas, gracias por estar y existir, son fundamentales en mi vida, para lo que necesiten siempre contarán conmigo, muchas gracias querida familia los amo.

A mis maestros por su guía, orientación y apoyo durante la carrera, gracias Mtra. Emilia Chino por su tiempo y apoyo, a mi asesora Mtra. Lilia Uribe durante este largo trayecto, Profa. Nina Rodríguez por sus consejos, a mi amigo Daniel Villareal, muchas gracias por tu tiempo, apoyo, consejos, a todos, de verdad muchas gracias.

Amigas de carrera, que les pudo decir, gracias por tan buenos momentos compartidos y permitirme, aunque no les quedará de otra, entrar y compartir experiencias de vida, sueños y anhelos, las quiero mucho y éxito en todo.

Gracias a todos y cada de ustedes, sin ustedes no habría sido lo mismo, son personas maravillosas y excepcionales, gracias por el apoyo, paciencia, regaños y todo lo vivido y compartido, aún falta mucho por andar en este camino pero seguiremos firmes y hacia adelante.

A Chelito, holaa!!, solo quería decirte que en donde te encuentres espero seas feliz, gracias por permitirme entrar en tu maravillosa vida y poder a través de tu mirada ver la vida diferente, tocaste mi vida de una manera fantástica, e hiciste darme cuenta de que no estoy en el camino equivocado, después de todo este tiempo gracias Consuelito.
(Q.E.P.D.)

“El agradecimiento, es la memoria de corazón”

JUSTIFICACIÓN

La Pedagogía Hospitalaria es un nuevo rubro dentro de la Pedagogía pero realmente importante para quienes estamos preocupados tanto de la salud como de la educación en los niños, ya que ambas están muy relacionadas; porque en un salón de clases es común que existan faltas por parte de los alumnos debido a problemas de salud y en algunos casos por periodos largos de tiempo, lo que provoca un gran retraso académico para los estudiantes, que muchas veces son vulnerables a estar demasiado tiempo hospitalizados o estar poco tiempo internados pero con visitas muy recurrentes al hospital, por lo que se pueden derivar diversas dificultades en el niño como bajo rendimiento académico, aprovechamiento escolar, un probable rechazo de sus compañeros, poca credibilidad en ellos ya que se puede pensar que son flojos o inventan cosas para evitar asistir a la escuela.

Por esta razón se pensó en retomar Pedagogía Hospitalaria que se define como rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece.

Con lo anterior se creó la llamada escuela hospitalaria que tiene su propio espacio dentro del contexto hospitalario, como servicio responsable de brindar escolaridad al niño hospitalizado en los tiempos acordados con el equipo de salud, sin generar obstáculos en el accionar pedagógico y médico. Esto significa que los tiempos escolares están determinados por muchas variables: la situación real del niño, su patología, el lugar de internación, la habitación, si es terapia intensiva u hospital de día, si recurre a hemodiálisis, etcétera. Así se va determinando una modalidad de atención pedagógica personalizada, donde el encuentro entre el paciente- alumno, el docente y el conocimiento cobran características singulares en dicho contrato didáctico. En esta práctica pedagógica personalizada, el docente tomará en cuenta variables tales como los conocimientos previos del alumno, los contenidos escolares brindados por la institución de procedencia y, en función de eso, el pedagogo elaborará una propuesta pedagógica con estrategias didácticas pertinentes y adaptaciones curriculares adecuadas para cada caso

Esto se podrá realizar mediante un trabajo inter y multidisciplinario para ayudar en la formación integral de los niños de forma cognitiva, social, emocional, psicológica, médica y física para que de esta manera salgan adelante lo mejor y más pronto posible.

Una de las ideas fundamentales al concebir esta idea, es reconocer en las instituciones de salud un ambiente diverso en condiciones y experiencias, donde el docente pone en juego sus conocimientos, habilidades y disposición para integrarse como un eslabón más de un equipo heterogéneo, en el que colabora respetando límites de acción, para conformar un grupo interdisciplinario que compromete su tarea con un fin común: el bienestar y desarrollo integral del paciente - alumno. En ningún otro contexto se percibe mejor el concepto de desarrollo integral como en un hospital, donde la salud adquiere un papel preponderante y los factores psicosociales y familiares se complementan en los procesos de aprendizaje de manera interdependiente e imprescindible.

La imperiosa necesidad de una alternativa de educación básica hospitalaria en la actualidad, como una nueva modalidad de atención escolar, demanda de educadores que sean más sensibles, comprensivos y con una formación más humanística para intervenir en este contexto, además de contar con una preparación pedagógica y psicológica específica, en proceso permanente de actualización.

Para lograr sus objetivos la Pedagogía Hospitalaria se sirve de los siguientes modos de intervención: la enseñanza escolar, las actividades lúdicas, la orientación personal y las estrategias psicopedagógicas específicas de intervención, con base en la resiliencia.

La resiliencia en educación es la capacidad de resistir, es el ejercicio de la fortaleza, como la entienden los franceses: "courage" para afrontar todos los avatares de la vida personal, familiar, profesional y social. El término "resiliente" se ha adoptado en cierta forma en lugar de: invulnerable, invencible y resistente. La acepción de "resiliente" reconoce el dolor, la lucha y el sufrimiento implícitos en el proceso concebida como un resorte moral, y se constituye en una cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir, que se supera a pesar de la adversidad.

INTRODUCCION

Los complejos contextos socioculturales de la población, demandan cada vez más alternativas destinadas a la atención de grupos sociales específicos en condición de vulnerabilidad. En este sentido, los alumnos que por padecer una enfermedad crónica no se encuentran en condiciones de asistir a una escuela regularmente, requieren una opción en los centros hospitalarios, para contar con igualdad de oportunidades, ya que “no alcanzan a través de acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad” (UNESCO,1983).

La hospitalización puede causar tanto en el propio paciente como en su familia, efectos psicológicos, educativos y sociales de carácter negativo que puede suponer una experiencia estresante y asociarse con diversas consecuencias, como alteraciones en su comportamiento, alteraciones cognitivas, emocionales y sociales, que se agravan por las consecuencias de la propia enfermedad aunado a la falta de espacios de reflexión y sensibilización en torno al tema, esto ha generado diversidad de criterios en relación al cómo y al hacer del docente dentro de los ambientes hospitalarios. Así, encontramos aulas que funcionan bajo la modalidad de la Educación Especial, otras bajo el concepto de Aulas Hospitalarias, de aulas no convencionales o aulas integradas y, la gran mayoría, se maneja bajo el enfoque psicorecreativo, entendiéndose la continuidad escolar, como el mantenimiento de hábitos de estudio que sirvan para que el niño no pierda su nivel escolar, mas no, para evitar el ausentismo obligatorio que éste sufre y que lo aparta, en muchas ocasiones, del sistema educativo.

Es importantísima la atención psicorecreativa, sin embargo no debemos limitarnos sólo a ella o al mantenimiento de los hábitos de estudio. Es necesario establecer procesos educativos sistemáticos, aun cuando los períodos de hospitalización sean cortos. Los mismos deberán estar adaptados a las necesidades particulares de cada alumno: educativas, familiares, afectivas y de salud, entre otras.

Recordando que se trata de un abordaje integral, en donde cobra fuerza la visión bio-psico-social, por lo cual, el proceso educativo no se limita sólo al abordaje de temáticas específicas u objetivos, sino también de acompañamiento a la familia, de la

explicación sencilla de aquellos procesos que se están viviendo en el hospital, etc. Con una visión resiliente y así ayudarlos a salir adelante de la mejor forma posible.

Por supuesto, cuanto más propicio sea el ambiente y más próximo a la vida cotidiana infantil, más rápido y menos doloroso será su restablecimiento. El proceso educacional puede ayudar mucho en ese proceso a la par de la resiliencia, concientizando al individuo acerca de la enfermedad y contribuyendo a la autorrealización del niño hospitalizado

La enfermedad no distingue edad, sexo, religión ni clase social, es una posibilidad por el simple hecho de ser seres humanos. A pesar de ello, no es la enfermedad, si esta llega, la que debe determinar nuestra vida, son nuestras ganas de vivir las que definen muchas veces, si la enfermedad triunfa sobre nosotros. La Pedagogía Hospitalaria a la par de la Resiliencia es esa inyección indolora de ganas de vivir que les damos a nuestros niños hospitalizados, es un mensaje de vida y de esperanza frente al futuro

Por lo anterior el trabajo está dividido en cuatro capítulos que desarrollan y explican a grandes rasgos lo que es la pedagogía hospitalaria, el desarrollo evolutivo de los niños en edad preescolar, lo que es la resiliencia y por ultimo una propuesta de trabajo.

El primer capítulo habla sobre qué es y qué significa la resiliencia, ya que ella ayuda a salir con la frente en alto de situaciones difíciles o traumantes, no dejarse vencer por las adversidades, aprender y seguir adelante, en el caso de los niños, ayudarles a sobrellevar ese lapso en el hospital y que lo vean desde otra perspectiva, no como algo feo y doloroso (aunque lo sea) pero que no les marque demasiado y aprender a sobrellevar el padecimiento o enfermedad que tengan, y salir de ello de la mejor manera posible.

El segundo capítulo aborda los antecedentes históricos y el surgimiento de la Pedagogía Hospitalaria, de qué manera se fue dando a conocer y los diferentes trabajos que se han desarrollado en Europa y algunos países de América Latina entre ellos México, el porqué es importante incluir la educación dentro del área de salud, en los hospitales, y como se ha ido extendiendo la importancia de introducir este tema.

El tercer capítulo recupera el desarrollo evolutivo de los niños de 1 a 5 años (edad preescolar) ya que es importante conocer en qué etapa se encuentran para brindarles de mejor manera los conocimientos o temas a tratar, entre los autores que se tomaron en cuenta figuran Jean Piaget y Lev Vygotsky, una vez identificado en qué etapa se encuentran conocer el PEP y para que nos servirá.

El cuarto capítulo y último toma en cuenta e integra diversas estrategias para brindarle al niño un espacio lúdico, recreativo, de aprendizaje convivencia, apoyo mediante el juego, el sentido del humor, risas, cantos; tomando en cuenta sus intereses, inquietudes, así como sus capacidades y limitaciones dentro del hospital, sus padecimientos, ya que si acaba de salir de una quimioterapia tener en cuenta que no puede realizar movimientos bruscos y estar pendiente si el niño está con ánimo de participar y si lo está adaptar la actividad planeada a su edad y padecimiento.

Es un trabajo que integra varios aspectos interesantes para el mejor desarrollo del niño dentro de su estancia en el hospital, tomando en cuenta sus necesidades, inquietudes, a la par de brindarle a la familia un poco más de tranquilidad que se verá reflejado en el estado de ánimo del niño.

CAPITULO 1

RESILIENCIA Y EDUCACIÓN

Reflexionar hoy sobre la resiliencia nos permite conceptualizarla y valorarla como la capacidad de la persona humana de sobreponerse a los riesgos de la existencia no solo superándolos sino desarrollando al máximo su potencial, proceso realizable a través de la construcción de una pedagogía preventiva y resiliente.

En este primer capítulo, se abordarán los orígenes de la Resiliencia, y la forma como se retoma en la Pedagogía Hospitalaria para que nos pueda servir y porque relacionarlo con la Pedagogía Hospitalaria.

1.1 ANTECEDENTES

La resiliencia como capacidad humana ha estado presente en muchos relatos históricos que describen como comunidades e individuos logran resurgir de situaciones de vulnerabilidad (catástrofes, guerras, exterminios, enfermedades, discriminación, entre muchos otros), activando factores de protección frente a los de riesgo y dando lugar a un comportamiento social que busca no únicamente la adaptación, sino también, y de manera significativa el aprendizaje y la superación.

Es una capacidad que nos permite reconstruirnos a nosotros mismos, con el respaldo de otro y de nuestro contexto, se presenta como un proceso complejo donde intervienen la voluntad y las competencias afectivas dando paso al ejercicio responsable de la libertad, la creatividad, manteniendo la curiosidad, ejerciendo la experimentación, teniendo una mente abierta y los sentidos atentos, permitiéndonos usar la lógica al mismo tiempo que la imaginación, siempre siendo responsables de nuestros actos y de nosotros mismos.

La naturaleza de la resiliencia está enmarcada en el proceso dinámico de la persona, en su continuo cambio y crecimiento, se analiza a partir de la armonía entre los factores personales, familiares, sociales, protectores y de riesgo considerando todas y cada una de sus dimensiones.

Permite reconocernos como individuos sujetos a procesos que nos causan dolor, lucha, sufrimiento, pero con las suficientes fortalezas internas y externas para

reconocerlo. Forma parte del mismo proceso de la vida en la medida en que todos en algún momento estamos sujetos a episodios adversos de estrés, trauma y rupturas que requieran la activación de nuestras fortalezas para superarlos sin quedar marcados de por vida.

En el ámbito educativo la resiliencia hace referencia más que nada al aprendizaje y ejercicio de la fortaleza para afrontar los diversos aspectos de la vida cotidiana tanto personal, como familiar, profesional y social. Como educadores, sobre todo en aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido al deterioro de su salud, se puede promover si procuramos que se aumenten las situaciones que producen las anteriores verbalizaciones.

Como en todos los ámbitos del conocimiento, también en las ciencias sociales y educativas aparece, de cuando en cuando, algún concepto que ilumina y ayuda a repensar teorías y prácticas. Uno de esos conceptos que, en los últimos años, ha supuesto un reenfoque de la tarea educativa, especialmente en situaciones de desventaja o exclusión social, es el de la resiliencia.

Frente a multitud de investigaciones para analizar situaciones amenazantes o influencias negativas, que centraban los esfuerzos clásicos de los expertos en esta cuestión, algunos investigadores han ido poniendo el énfasis en la evidencia de que existen personas que, en medio de condiciones muy adversas, afrontan con éxito sus dificultades y rompen con las expectativas de fracaso que se cernían sobre ellas

La resiliencia en educación es la capacidad de resistir, es el ejercicio de la fortaleza, como la entienden los franceses: “courage” para afrontar todos los avatares de la vida personal, familiar, profesional y social. El término “resiliente” se ha adoptado en cierta forma en lugar de: invulnerable, invencible y resistente. La acepción de “resiliente” reconoce el dolor, la lucha y el sufrimiento implícitos en el proceso. El concepto de la resiliencia se aleja del modelo médico del desarrollo humano basado en la patología y se aproxima a un modelo pedagógico proactivo basado en el bienestar, el cual se centra en la adquisición de competencias y eficacia propias.

Es necesario explorar las fuentes de la fortaleza personal, considerando que la perfección de la fortaleza es la constancia, la capacidad de acometer y resistir. El proceso

de adquirir resiliencia es de hecho el proceso de la vida, dado que toda persona requiere superar episodios adversos de estrés, trauma y rupturas en el proceso de la vida, sin quedar marcado de por vida y ser feliz. Y de esta forma resulta coincidente con la Pedagogía al reconocerse que ésta es la ciencia que enseña a vivir bien la vida, aceptando el sufrimiento que conlleva.

El término resiliencia tiene su origen en el latín, *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término se utiliza en física. Expresa la cualidad de los materiales a resistir la presión, doblarse con flexibilidad, recobrar su forma original, no deformarse ante presiones y fuerzas externas y su capacidad de resistencia al choque.

Para la educación el término implica, lo mismo que en física, una dinámica positiva, una capacidad de volver hacia adelante. Sin embargo la resiliencia humana no se limita a resistir, permite la reconstrucción, la resiliencia en educación está concebida como un resorte moral, y se constituye en una cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir, que se supera a pesar de la adversidad.

Boris Cyrulnik (2009), uno de los padres de la resiliencia, afirma que la capacidad de dar y recibir afecto es la verdadera fuente de la resiliencia. Saber amar, cooperar y compartir; en definitiva, saber tejer vida mediante sólidas y significativas relaciones o construir lazos invisibles de calidez, es el principal factor que promueve la resiliencia.

Se ha definido a la resiliencia como la capacidad de una adaptación exitosa, funcional, positiva o competente a pesar de un alto grado de riesgo biológico o psicosocial, o de estrés crónico, o después de un severo o prolongado trauma. (Egeland, Carlson & Sioufe, 1993).

Cuando se escucha por primera vez la palabra resiliencia en castellano no suele tener muy buena acogida. Por su similitud fonética con otras palabras de este idioma puede resultar difícil de pronunciar y recordar. Tal vez por este motivo las primeras publicaciones escritas en el territorio español la evitaban, hablando de <<superación de adversidades>> sin nombrarla. Incluso ha sido traducida del inglés como <<resistencia>>; término más amigable, pero incapaz de transmitir la fuerza de un concepto rico y complejo

que se aplica en general al enfrentamiento efectivo de la adversidad que da lugar a ganancias y mejoras.

El término inglés de procedencia: *resilience*, no tiene una raíz sajona, sino que procede del latín *resilio-resilire*. Los diccionarios etimológicos ofrecen el significado de <<botar, rebotar o saltar de nuevo>>, sin hacer referencia al contexto en que se usaba originalmente.

Aunque la palabra latina no sobrevivió al proceso de incorporación y adaptación al castellano, si podemos hallar en el diccionario de la –Real Academia Española- otras palabras como <<botar>>, <<resaltar>> y <<resurgir>> que hacen referencia a *resiliere* como etimología.

En la mencionada edición de la RAE encontramos la siguiente entrada para la palabra *botar*: <<botar la pelota, u otra cosa arrojada: es surtir o levantarse en alto habiendo dado en tierra, por ser más poderosa la resistencia y virtud del paciente, que la actividad y la fuerza del agente. Lat. Resilire>>. (Forés y Grané, 2012)

En la primera parte de la definición existe de manera implícita una sorpresa: algo que se levanta pese a haber <<dado en tierra>>. En la segunda parte, observamos la explicación del suceso en forma de juego de fuerzas en la que el paciente (el suelo) vence al agente (la pelota o cosa arrojada). Curiosamente, esta manera de ver y comprender la resiliencia forma parte de la base conceptual de diversas teorías, vigentes en la actualidad, en las que la resiliencia está ligada a procesos de superación de la adversidad que son vistos como extraordinarios, y en los que además se suele observar la presencia de fuerzas positivas que contrarrestan los factores negativos.

A partir de esto, fueron surgiendo diversas investigaciones en torno a la resiliencia, grupos que se hacen llamar escuelas, la escuela anglosajona, la escuela latinoamericana y la escuela europea.

La *escuela anglosajona* se desarrolla principalmente en EEUU y Reino Unido donde es posible distinguir dos generaciones de investigación sobre resiliencia.

Las primeras investigaciones toman como foco la infancia en situaciones de riesgo, uno de los estudios más conocidos que contribuyó ampliamente a la difusión del concepto de resiliencia es el realizado durante más de treinta años por Emmy Werner y Ruth Smith, con 698 niños y niñas expuestos a riesgos prenatales, perinatales y postnatales, nacidos en 1955 en la isla de Kauai.(Forés y Grane, 2012)

En dicha población de niños que estaba bajo estudio, 201 de ellos a los dos años de edad, ya tenían un alto número de indicadores de riesgo biológicos y psicosociales, por lo que cabía esperar que manifestarán trastornos del desarrollo y psicopatologías. De estos 201 niños, 72 de ellos evolucionaron favorablemente sin intervención terapéutica, los cuales antes eran vulnerables, pero lograron superar las difíciles circunstancias de su infancia y vivir con plenitud, les denominaron “resilientes”.

Las investigaciones de esta *primera generación* se centraron en identificar los factores de protección frente a los riesgos y señalaron características de la personalidad como la autoestima, la competencia, la empatía y el sentido del humor, junto con la presencia de apoyo por parte de algún adulto significativo.

En la *segunda generación del marco anglosajón* el foco de estudio de la resiliencia se amplía a la adolescencia y la atención se centra en determinar de qué manera se consiguen los resultados resilientes, desarrollando una visión de la resiliencia como proceso.

La *escuela europea* asienta la idea de resiliencia como proceso de superación de la adversidad y, de manera específica, de los traumas. Esta perspectiva cobra fuerza de mano de Boris Cyrulnik para quien <<la noción de resiliencia trata de comprender de qué manera un golpe puede ser asimilado, puede provocar efectos variables e incluso un rebote>>

A diferencia de la escuela anglosajona, la persona tiene un papel más activo, no tanto como poseedora de características específicas, sino como sujeto de su propia historia, que teje dentro de su contexto social y cultural.

La *escuela latinoamericana* busca determinar las condiciones sociales, las relaciones grupales así como las manifestaciones culturales y valores comunitarios que están en la base del proceso resiliente colectivo. La resiliencia latinoamericana según autores como Melillo traspasa el ámbito de lo psicológico a lo social a través del compromiso activo con la justicia y el bienestar de la propia sociedad en su conjunto.

La perspectiva holística de la resiliencia busca señalar y dar cabida a la diversidad y complejidad de los procesos de resiliencia. El carácter holístico de este modelo se concreta en dos aspectos fundamentales. Por un lado, en la afirmación de la universalidad de los procesos de resiliencia, presentes en todos y en todo (la palabra holístico proviene de la raíz *holos* que en griego significa todo). Por otro, en el reconocimiento de que aun teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen en distintos planos y entornos para conformar los procesos de resiliencia, ésta es siempre mucho más que la suma de sus partes. (Forés y Grané, 2012)

Este modelo requiere de una terminología que permita integrar la complejidad y el dinamismo de los procesos resilientes. En las primeras investigaciones los elementos clave de la resiliencia se denominaban *factores de riesgo* y *factores de protección*, lo que podría resultar apropiado dado el modelo médico que se aplicaba a la investigación social y al hecho de que estas investigaciones se focalizaban en torno a la infancia en diversas situaciones de riesgo.

El factor de riesgo, por su propia definición, tiene una naturaleza proyectiva que obedece a la necesidad de adelantar lo que puede ir mal y, por lo tanto, se asocia a los modelos de prevención.

Teniendo en cuenta que actualmente la resiliencia se emplea como constructo base en modelos destinados a la promoción y mejora de personas, grupos y comunidades, como es el caso del modelo holístico, el uso de factores de riesgo como oposición a los factores de resiliencia presente una clara disonancia. (Díaz y Bin 2007)

Las aportaciones multidisciplinarias y el intercambio interdisciplinar en el estudio de la resiliencia están contribuyendo a la creación de nuevas perspectivas donde es entendida no sólo como una serie de procesos que llevan a la superación de

adversidades, sino también como la energía que impulsa dichos procesos. Richardson define la resiliencia como “fuerza que controla o empuja a la mejora personal”

Para este modelo se toman en cuenta tres aspectos que pueden ser observados en los procesos de resiliencia

→**Energía de relación:** Todo se encuentra relacionado y todo tiende a relacionarse, forma parte circunstancial de todos los procesos, siendo además la que los nutre y alimenta.

→**Energía de aprendizaje:** Los procesos de resiliencia pueden ser vistos como sistemas que aprenden lo que resulta exitoso en la gestión de la no resiliencia, y lo aplican con eficacia ante nuevos retos del proceso.

→**Energía Creativa:** Se manifiesta en la variedad de estrategias y recursos así como de caminos resilientes que se pueden tomar en la superación de adversidades similares.

Siempre puede haber nuevas formas de superar las barreras y obstáculos, y salir del proceso con nuevas fortalezas y mejoras. (Forés y Grané, 2012)

Este modelo de resiliencia no está orientado a desarrollar formulas o recetas simplificadas aplicables a distintos contextos, sino a ofrecer herramientas que puedan sacar a la luz la riqueza y profundidad de los recorridos resilientes.

1.2 Factores de riesgo, vulnerabilidad. Factores Protectores, resiliencia

Se ha definido a la resiliencia como la capacidad de una adaptación exitosa, funcional, positiva o competente a pesar de un alto grado de riesgo biológico o psicosocial, o de estrés crónico, o después de un severo o prolongado trauma.

Los factores de riesgo son eventos biológicos o psicosociales que aumentan la posibilidad de presentar una evolución negativa. La vulnerabilidad es la susceptibilidad individual a tener esta evolución negativa. Los factores protectores son eventos biológicos o psicológicos que aumentan la capacidad del individuo de resistir o sobreponerse a estos factores de riesgo.

Son cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud física, mental, socio emocional o espiritual.

Según Rutter (1987) existe un tipo de riesgos denominados *challenge factors* (factores de desafío) que, lejos de suponer una adversidad, representan un riesgo manejable por el individuo que puede movilizar estrategias y recursos personales y/o sociales para salir de ella. Esta observación contradice nuevamente la oposición de riesgo entre resiliencia.

Los factores de resiliencia constituirían un camino que ayuda a salir avante de las situaciones de conflicto que a su vez tiene diversas formas de mirar el problema y brinda estrategias para salir lo mejor posible de ellos. A su vez, los factores de no resiliencia serían los obstáculos que se interponen para el deseable desempeño del niño. Frente a unos factores de no resiliencia importantes o numerosos, unos factores de resiliencia escasos o débiles no son capaces de conseguir que el proceso de resiliencia continúe su avance, como sucedería en un río de escaso caudal frente a obstáculos importantes que ralenticen o interrumpan su curso.

En la no resiliencia está la semilla de la resiliencia porque al ir superando los distintos factores adversos se van adquiriendo habilidades y aprendizajes que nos sirven de base para nuevos impulsos resilientes.

Para analizar los factores de riesgo a los que pueden estar expuestos los niños y sus familias hay que tener en cuenta las transacciones entre los sujetos y su medio psico-social y cultural, el cual obviamente está definido por una macro estructura económica que dé cabida a las prácticas sociales en salud y educación (Díaz y Bin,2007)

Al tomar en cuenta las prácticas sociales en salud y educación, habrá que considerar los factores de riesgo en los que se halla inmersa una población importante que acude a los centros hospitalarios, ya que es allí donde el niño necesita ejercitar y explorar su resiliencia y resistencia por los riesgos a los que se enfrenta, que se centran en el daño biológico, psico-social, de pobreza crónica, de migraciones familiares, que lleva al fracaso escolar y por esa causa, se separa del sistema educativo.

Al enunciar estos factores de riesgo también se deben considerar los factores de apoyo protectores para poder resistir ese riesgo.

Los factores protectores y los factores de riesgo pueden ser individuales o ambientales, mientras que la resistencia y la vulnerabilidad son individuales.

Dentro de los factores protectivos están los constitucionales, tales como la fortaleza física, temperamento e inteligencia, que frente a desventajas del medio pueden hacer más llevadera la vida de los niños en la familia. (Días y Bin, 2007)

Dentro del organigrama familiar, es necesario identificar el vínculo con un cuidador individualizado, tal como puede ser abuela, tío/a, que pueda ser como un refugio para el desarrollo del niño/a.

Como factores protectivos ambientales están los clubes sociales, las sociedades de fomento, los grupos religiosos, los grupos barriales, pero sobre todo la escuela. En ella el niño puede encontrar su referente en la figura del maestro/a, como modelo identificador, como recurso legítimo, ponderable, asegurador y constituye a nivel intrasubjetivo.

La vulnerabilidad y la resiliencia individuales están determinadas por mecanismos ligados al desarrollo del yo, dicha organización depende de la cualidad y continuidad de experiencias que el niño tiene con su madre. Esto se consigue cuando la madre interpreta las necesidades del bebé y actúa acorde a ellas, reduciendo la tensión y modulando los estados afectivos del niño, transformando las sensaciones y percepciones fragmentadas en experiencias emocionales progresivas constitutivas de su yo. Así el bebé se transforma en un compañero activo de la interacción, fortaleciendo su autoestima incipiente.

Resumiendo las experiencias satisfactorias:

- permiten la instalación positiva del yo
- producen un impacto de diferenciación entre las representaciones del yo y de la constelación de objetos;
- dando por resultado: resiliencia

En contraposición, la carencia de situaciones positivas tempranas:

- conducen a una insuficiente constitución yoica

- produciendo una no-diferenciación o insuficiente diferenciación de las representaciones mentales del yo y de la constelación de objetos
- dando por resultado: vulnerabilidad

La finalidad de los puntos sobre la resiliencia para las edades tempranas consisten en:

- 1.- Reconocer las diferencias individuales respecto de cómo los bebés y niños pequeños manejan la información sensorial, organizan sus experiencias y actúan,
- 2.- Observar y comprender la interacción de los bebés con quienes los crían
- 3.- Explorar el impacto sobre el desarrollo del niño de los modelos familiares, culturales y sociales.
- 4.- Estimular y reforzar los factores protectivos en la familia y en el entorno del niño.

El aprendizaje y, con él, el conocimiento se organizan mediante situaciones de constitución intrapsíquico e interacciones sociales significativas.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de una armonía entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. La persona puede “estar” más que “ser” resiliente. La naturaleza de la resiliencia es eminentemente dinámica, así como el auto concepto y puede considerarse como la adaptación psicosocial positiva.

La resiliencia es una técnica de intervención educativa, sobre la cual es necesario desarrollar una reflexión pedagógica: la resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano, enfatizando el potencial humano. En esencia es una nueva mirada sobre viejos problemas del hombre. El riesgo siempre ha estado presente y desde una Pedagogía preventiva es necesario estudiar todos los factores protectores que se les puedan brindar a las personas para afrontar el riesgo y salir adelante de él.

La pedagogía resiliente favorece el movimiento continuo de la armonía entre riesgo-protección, abriendo a la persona del educador y del educando nuevas experiencias, pero en su contexto de seguridad y teniendo en cuenta sus límites. El estudiante podrá de manera progresiva aumentar su capacidad de luchar, de defenderse y no se arredra frente a la adversidad de los desafíos para construir su vida en circunstancias variadas ya sean positivas o negativas.

Son dos componentes esenciales de la resiliencia: la resiliencia frente a la destrucción, asimismo la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión y más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles, El concepto concluye además, la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

Para Cyrulnik (2002) la resiliencia es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual la persona afronta un contexto, afectivo, social y cultural. También la define como el arte de navegar en los torrentes.

La resiliencia como combinación de factores, que permiten a la persona afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, se caracteriza por un conjunto de procesos sociales intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano.

Este modelo consiste en reconocer que los seres humanos están desprotegidos y son vulnerables ante la fuerza de un evento que en sí mismo puede causar daño, pero paralelamente todas las personas poseen un escudo protector que es la resiliencia, lo que evitará que estas fuerzas actúen inexorablemente sobre las personas, porque sirve como filtro que atenúa los posibles efectos de esos sucesos y en ocasiones, logra transformarlos en factores de protección, así la amenaza se convierte en oportunidad.

1.3 RESILIENCIA Y PEDAGOGIA HOSPITALARIA

Para Henderson y Melstein (2003) la construcción de la resiliencia en la educación implica trabajar para introducir los siguientes seis factores

- 1.- Brindar afecto y apoyo proporcionando respaldo y aliento incondicionales, como base y sostén del éxito académico.
- 2.- Establecer y transmitir expectativas elevadas, pero realistas para que actúen como motivadores eficaces, adoptando la filosofía de que “todos los alumnos pueden tener éxito”

3.- Brindar oportunidades de participación en la resolución de problemas, fijación de metas, planificación, toma de decisiones.

4.- Enriquecer los vínculos pro-sociales con un sentido de comunidad educativa.

5.- Brindar capacitación continua y de calidad a los educadores

6.- Enseñar “habilidades para la vida”, cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones

1.4 NIÑO Y FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD

La palabra enfermedad viene del vocablo latino *infirmitas*, que significa falta de firmeza, inseguridad. La llegada de la enfermedad constituye un hecho diferencial, algo que corta una determinada biografía, hasta el punto de poder establecer un antes y un después. Por motivo de la enfermedad, a la libertad del paciente se le pone un relativo cerco, por el que se le infringen limitaciones y restricciones, la enfermedad sitúa a quien la padece en el plano de la indefensión. Cuando se está enfermo, los proyectos personales quedan mermados, frustrados, parcialmente limitados.

Los niños entienden la enfermedad de modo diferente al adulto: ellos poseen una gran imaginación y a menudo dan falsas interpretaciones a las palabras que escuchan, de ahí la importancia de una adecuada información en torno a la manera de enfrentarse a la enfermedad, la adhesión al tratamiento médico y la recuperación, al igual que, y principalmente, al estado emocional. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

En general salud y enfermedad son planteadas a menudo como dos ideas opuestas. Dentro del campo de la Pedagogía contemporánea se ignora la muerte y enfermedad, en un intento por guardar discreción al respecto y procurar que se note lo menos posible. Cuando de enfermedades graves se trata, se pretende no saber que uno está enfermo o comportarse como si no se supiese, ya que ni padres ni educadores están formados en tales temas.

En dicha carencia de recursos para enfrentar un fenómeno tan complejo se recurre a evadir el tema de la enfermedad: por ello es necesario crear conciencia de la enfermedad que convive con nosotros, sobre todo porque a los niños les preocupa. El impacto de la enfermedad sobre los menores trastoca varios aspectos: psicológico, físico, ocupacional y social; y provoca depresión, alteraciones conductuales, dificultades de concentración, ansiedad y miedo.

La enfermedad en la infancia reduce la independencia del niño convirtiéndolo en un ser dependiente, primero de sus padres y luego de sus hermanos. Asimismo, la familia se encuentra en una situación particular, entre dos espacios de temporalidad: el tiempo evolutivo propio de la familia y el que marca la enfermedad. (Apuntes, 2005)

Existen reacciones que pueden presentarse en los padres y que deben destacarse con el fin de mejorar la comunicación y vinculación con los diversos actores en el proceso educativo. La angustia, depresión, agresividad y la culpa pueden aflorar en cualquier momento, y el educador tendría que estar alerta a tales reacciones con el fin de comprender la causa y evitar conflictos.

Como rasgos que acusan depresión figuran las alteraciones del sueño, el apetito, las relaciones sexuales, la pérdida de actividades sociales, profesionales, deportivas, etcétera. La depresión suele acompañarse de una gran rigidez afectiva, abandono del rol de los padres, distanciamiento psíquico, rechazo del niño o volcarse en el niño como súper cuidadores, o bien, una excusa vital de la propia existencia.

La agresividad se manifiesta en relación al niño, al otro cónyuge, a otros familiares, o al equipo médico incluso. Es posible que el niño se aleje de la norma, desaparezca la imagen ideal y/o la enfermedad se viva como un castigo.

Otro elemento que se hace presente en las familias es la culpabilidad como sentimiento más connatural, especialmente difícil, sobre todo en casos de accidentes provocados por negligencia, o en diagnósticos de enfermedad genética, como la intoxicación durante la gestación. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

Otro trastorno que llega a presentar la familia puede referirse al psicopatismo, que genera protección exagerada del niño, rigidez afectiva o bien pobreza en la resolución de conflictos, así como polarización de conflictos en el paciente.

Existen factores condicionantes que pueden repercutir en los hermanos como es el tipo, grado, etiología y características de la enfermedad, así como el lugar que guardan según su nacimiento dentro de la familia, el sexo, y las edades, o número de hermanos; el estilo de vida y los recursos familiares. La atención que demanda un miembro de la familia hospitalizado, trastorna la rutina cotidiana y afecta la dinámica, roles, tareas y responsabilidades de cada uno de los miembros de la familia.

La enfermedad como fuente de crecimiento para los hermanos: responsabilidad, madurez, confianza, fortaleza, flexibilidad, paciencia, tolerancia, delicadeza, escucha, compasión, generosidad, altruismo, respeto a la diferencia, capacidad de superación, sentido de la legalidad, justicia

Algunas pautas de intervención para los hermanos

- 1.- informarles acerca de la discapacidad o la enfermedad de su hermano(a)
- 2.- desarrollar actitudes que permitan afrontar situaciones estresantes de manera constructiva.
- 3.- expresar sentimientos
- 4.- desarrollar su propio proyecto de vida y aspiraciones particulares, haciendo compatible son las responsabilidades derivadas de tener un hermano enfermo. (Forés y Grané, 2012)

1.5 REPERCUSIONES EMOCIONALES DE LA HOSPITALIZACION

Hace casi 150 años, cuando se abrieron las primeras salas infantiles en los hospitales, se permitía a los padres que permanecieran con sus hijos el mayor tiempo posible, para mantener un clima familiar que favoreciera la adaptación de los niños al hospital. Por la necesidad del amamantamiento del niño por parte de la madre o el estado crítico de los enfermos, los familiares tenían el privilegio de permanecer con ellos. Sin embargo, a finales del siglo XIX se produjo un cambio en el sistema de visita de padres. La razón de este cambio fue el riesgo de que los padres llevaran infecciones a la sala, lo

que posibilitaba un peligro para los niños; añadiendo como otras causas el efecto de las visitas (por ejemplo, el paciente recordaba el ambiente de casa y dificultaba su adaptación al hospital).

Entre 1940 y 1950 se estudia el desarrollo emocional del niño y Spitz publica su informe sobre "hospitalismo", condición en la que el niño, privado de su madre y sin estimulación adecuada, podía ser llevado a un estado de marasmo y otras alteraciones, incluso la muerte. En 1952, Bowlby y Robertson prosiguen estos estudios del niño hospitalizado en donde encuentra y retoma un filme llamado "*Un niño de dos años va al hospital*", un convincente documental que sirvió para cambiar las formas utilizadas en el cuidado y tratamiento médico del niño en el hospital que impedían la permanencia de las madres con sus hijos. (Díaz y Bin, 2006)

El niño con alguna enfermedad aguda o crónica experimenta múltiples estresores, los que potencialmente le causan desajustes emocionales o conductuales. El menor se encuentra en un alto riesgo de desarrollar dificultades psicológicas que pueden mostrarse antes o después de una hospitalización.

La enfermedad origina una serie de efectos en el niño, que se pueden resumir en:

→**Efectos directos:** dolores generalizados, malestar, inquietud, irritabilidad, alteraciones del apetito y sueño entre otros.

→**Efectos reactivos:** incluyen regresión emocional y conductual, depresión, interpretaciones erradas en la realidad, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, alteraciones de la adaptación social, etc.

La hospitalización se define como el periodo de tiempo en que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad. La palabra hospitalismo presupone la idea de que el hospital actúa patogénicamente no por lo que en él hay, sino por lo que en él falta. El hospital es la organización institucional de la carencia afectiva.

Cuando un niño es hospitalizado cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas, meses o años. Desaparecen la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego,

estudio y descanso. En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De pronto tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio, entre ellos están los profesores de la salud (médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y estudiantes). Además, la hospitalización produce una crisis familiar debido a la separación de sus padres y hermanos.

La hospitalización es una ruptura de elementos como la separación de su madre, padre, hermanos y/o de su medio ambiente. El menor no tiene aún la capacidad para comprender que debe existir una razón para enfermarse que justifique la pérdida del cuidado materno. La comprensión que pudiera mostrar ante la hospitalización es borrada por la imperiosa necesidad de tener cerca a su madre, por lo que se vuelve inconsolable y se muestra con urgencia de obtener seguridad.

Desde 1936 Beverly describió los posibles efectos que una enfermedad tiene sobre el desarrollo emocional. En la década de los 40, Levy, Jassner y Kaplan describieron el trauma psíquico que puede acompañar a una cirugía y una hospitalización en el niño, en los setentas, Mellish sustentó el uso de una preparación psicológica para la hospitalización y cirugía de pacientes pediátricos tomando en cuenta las características individuales de los niños y padres; el tipo de enfermedad y el trabajo médico.(Forés y Grané, 2012)

En los últimos años, la hospitalización pediátrica ha cambiado mucho. Actualmente, es necesario ofrecer una atención global, bio-psico-social, y son bien conocidas las consecuencias tanto a corto, como a largo plazo.

La separación del niño con sus padres constituye en la mayoría de los casos una situación estresante para él. Aunque la intensidad de las respuestas infantiles disminuye con la edad, el preescolar, de tres a seis años, puede llegar a manifestar reacciones extremas en el momento de la separación de personas significativas. Estas reacciones pueden depender de las acciones de los padres, que pueden ser atribuidas a la calidad de esta relación y de las reacciones específicas en que esta interacción, de los padres con sus hijos, se da ante cualquier situación.

Algunas de las respuestas del niño frente a la hospitalización son:

1.- Se siente enfermo, abandonado por su familia y no entiende porque para estar bien tiene que estar solo. Si se siente solo, está más propenso a estar triste, desarrollar estrés y sus defensas biológicas bajan.

2.- Se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, enojo y aislamiento social. Las amenazas miedo y temores que viven los niños se clasifican en 5 categorías generales:

a) Daño físico, lesiones corporales en forma de malestar, dolor, mutilación o muerte.

b) Separación de los padres y la ausencia de los adultos confiables

c) Lo extraño, lo desconocido y las posibles sorpresas

d) La incertidumbre acerca de los límites y de la conducta que se espera de él.

e) La relativa pérdida del control, autonomía y competencia

Algunos de los trastornos emocionales se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con los seres queridos. El sentimiento de abandono puede ser eliminado al permitir que el cuidador (madre) permanezca junto a él en la sala. La regresión puede hacerse manifiesta en un niño que ya controlaba esfínteres cuando moja la cama, cuando se succiona el pulgar o habla de manera infantil.

La preparación del menor, previo a la hospitalización, y antes de someterse a exploraciones, procedimientos médicos e intervenciones, así como el apoyo posterior, contribuyen a disminuir su ansiedad y favorecen una mejor recuperación y una adaptación más fácil y menos traumática psicológicamente. (Forés y Grané, 2012)

Cuando un niño está hospitalizado, en ocasiones se marchita su imaginación, su vitalidad natural del niño se retrae, deja de hablar, deja de sonreír. Se sabe que algunos pequeños tienen esa necesidad de retraerse para así poder ahorrar energía y afrontar la situación, pero también se ha comprobado que si se les estimula a que expresen, relacionen, jueguen y se diviertan, ello puede beneficiar su salud mental e incluso una mejor evolución para abatir la enfermedad.

El juego y la risa son una necesidad vital para los niños. El juego es una herramienta que les permite explorar y descubrir el mundo y a sí mismos, expresarse,

encontrar satisfacción, aprender a vivir. Cuando se encuentra inmerso en el juego o en cualquier actividad, obtiene placer y aumenta su autoestima; esto contribuye a darle recursos para sobrellevar las incomodidades de la enfermedad, favorece su desarrollo global y mejora su calidad de vida. (Gamboa,. 2009)

Al aceptar de buena manera las circunstancias por la cuales la familia, y el niño atraviesan ya sean favorables o desfavorables, el punto central es la actitud que cada uno le pone y enfrentarse a eso no es fácil, pero mediante un sí quiero seguir vivo, si quiero seguir luchando a pesar de las circunstancias, o deseo seguir vivo para... es lo que podría darle sentido, y transmitirle esa idea al niño; que tanto los padres como el niño se lo crean y luchan por una mejor salud y fortaleza en todos los sentidos.

Justamente, a partir de estar hospitalizado es cuando más se debe descubrir, trabajar y desarrollar la resiliencia en conjunto con todos los implicados en el hospital, para evitar que el niño quede marcado o traumatizado por la experiencia vivida sino que al contrario, a partir de eso que puede aprender y como sobrellevar en su vida diaria.

Por lo tanto, al conocer que la Pedagogía Hospitalaria y la Resiliencia van muy de la mano, ya que ambas buscan el mejoramiento del ser, el darse cuenta de que la meta está allá donde uno la quiere colocar, como decía Mahatma Gandhi “para llevar a cabo un cambio, lo hemos de encarnar” entonces que mejor mediante juegos, actividades que los niños puedan realizar, con sentido del humor, el que nunca dejen de aprender aunque estén un día dentro del hospital, que se lleven algo que les ayude a ser mejores, que les ayude a enfrentar cualquier situación por la que pasen, ya sea en su escuela, con su familia, en la calle, donde estén, pero tratar de que siempre se lleven algo que les pueda servir.

Permearlos de alegría, risa, sentido del humor, esperanza, paz, tranquilidad, desarrollar su lado resiliente mediante pláticas con los demás niños, padres de los niños, médicos, psicólogos, enfermeros, dietistas, todos en conjunto, ya que de todos podemos aprender y ser fuertes así como los demás tomar algo de cada uno de nosotros.

La resiliencia en educación es un proceso de inspiración de la adversidad y de responsabilidad social. La tarea pedagógica es el diseño de acciones preventivas tanto

individuales, grupales e instituciones, pero una prevención en donde la percepción de las personas sea concebida con recursos para desarrollar su propia resiliencia y ser un recurso para otro.

1.6 EL PEDAGOGO HOSPITALARIO COMO TUTOR DE LA RESILIENCIA

“un tutor de resiliencia es alguien, una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma”.

El pedagogo puede desarrollar acciones que promuevan la resiliencia como uno de los elementos esenciales en el proceso educativo continuo. Dichas acciones están necesariamente vinculadas tanto a la realidad sociocultural, como a las características familiares e individuales de los educandos. (Gamboa, 2009)

Se convierte en un agente de prevención permanente, posibilitando las potencialidades del alumno, promotor de sus fortalezas y generador de conductas resilientes.

- 1) Ejerce la función adulta relativa a la condición de sostén de la subjetividad
- 2) Ser sostén y responsable de la tarea educativa en tanto garantice la continuidad de la transmisión de la cultura a través de la enseñanza

El tutor resiliente se convierte en guía y modelo a seguir por lo tanto además tendrá que contar con capacidad para el cuestionamiento y la reflexión, tener apertura, flexibilidad y autocrítica, disposición para la investigación, apertura para el trabajo en equipo, ser incluyente, tener capacidad para promover procesos autogestivos tanto en el niño como en su familia, desarrollar empatía y tener presencia junto al sujeto, tener capacidad para generar relaciones sociales simétricas y asimétricas, estar dispuesto a proporcionar amor incondicional entendido esto como aceptación del otro, ser promotor de estímulo y gratificación afectiva a los logros del otro, ser promotor de estímulo y gratificación afectiva a los logros del otro, con gran capacidad para asimilar e integrar nuevas experiencias, con un proyecto de vida definido pero con la posibilidad de adaptarlo a las circunstancias cambiantes, con disposición para ayudar a resolver problemas sin suplantar al sujeto. (Forés y Grané, 2012)

El acompañamiento pedagógico se constituye eminentemente con palabras para escuchar, para comprender, para orientar, para expresar, para explicar, para relacionar, palabras para construir la comunicación, para compartir sentimientos y emociones, para elaborar planes y proyectos.

El pedagogo hospitalario tomando en cuenta a la resiliencia debe desarrollar una actitud y aptitud para convertirse en sostén real y metafórico, sensible y resistente al mismo tiempo. Por tanto tendrá que ser sujeto sano en la medida en que vive un proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos, y así puede convertirse en ese otro significativo que coopere a favor del proceso de construcción de la resiliencia. La resiliencia no se construye sola, se teje como mínimo de a dos.

→El hombre sano será aquel que haya tenido una niñez feliz (si no la ha tenido analizaremos más adelante cómo recuperarse resilientemente)

→En la niñez, el juego constituye una instancia primordial

→El organizar, facilitar instancias de juego en esta etapa de vida contribuirá a generar hombres sanos

→La consideración de la estimulación temprana desde el juego para los niños más pequeños y el afecto brindará espacios de confianza y seguridad al ser humano en crecimiento, que tendrá que ver con su futuro desarrollo.

→Disfrutar de los momentos diarios de vida incide en gestar acciones de bien común: “educar mejor, para un mejor vivir”.

→La felicidad de uno se convierte en felicidad de todos, así participa como ciudadano en la creación de una mejor forma de vida, que equivale a mejor calidad de vida.

1.7 PILARES EDUCATIVOS DE LA RESILIENCIA

1.- *Enriquecer los vínculos.* Implica fortalecer los vínculos positivos. Aquí la alteridad juega un papel definitivo al reconocer su ego frente al alter (el otro). Asimismo a ayudar al alumno a la vinculación con el rendimiento escolar y académico conectando a cada uno con su estilo de aprendizaje preferido.

2.- *Fijar límites claros y firmes.* Establecer con claridad las expectativas que se tienen del estudiante, en su aprovechamiento y comportamiento escolar. Enseñarle a asumir las consecuencias de sus actos. Asimismo ayudarle a vivir en congruencia y unidad de vida.

3.- *Enseñar habilidades para la vida.* Como la cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, habilidades de comunicación, competencias para la resolución de problemas y adoptar decisiones asumiendo la responsabilidad y un manejo sano del estrés. Estas estrategias, cuando se enseñan y refuerzan en forma adecuada, ayudan a los estudiantes a afrontar los avatares de la vida. Asimismo es necesario crear un ambiente que procure el aprendizaje de los estudiantes y ayudar a los docentes a participar de interacciones eficaces en la institución educativa.

4.- *Brindar afecto y apoyo.* Esto implica proporcionar respaldo y aliento incondicionales. Para superar la adversidad se requiere la presencia del afecto y de la ternura. Este afecto no necesariamente se refiere al de la familia, puede ser que lo brinden los docentes, vecinos, amigos, hasta las mascotas pueden ser un buen asidero para la construcción de la resiliencia. Las reformas educativas que se está realizando, la misma REFORMA DE LA EDUCACION SECUNDARIA (RES) reconocen que un ambiente afectivo es esencial como base de sostén para el éxito académico. Los estudiantes se esfuerzan más y hacen más cosas para personas a las que quieren y en quienes confían.

5.- *Establecer y transmitir expectativas elevadas.* Las expectativas tienen que ser elevadas y es necesario que a los estudiantes se les presenten y se analice el futuro, porque al no presentárseles esperanzas realistas de realización de sus deseos, con la finalidad de tener motivadores eficaces, no visualizan y luchan por conseguir lo que se planteó como expectativa alta lo cual repercute en su comportamiento al asumir bajas expectativas para ellos mismos. Lo mismo sucede con los docentes o el personal de la institución educativa, que crítica el hecho de que sus competencias y su potencial, a menudo no se reconocen o se subestiman.

6.- *brindar oportunidades de participación significativa*. Esta estrategia significa otorgar a los estudiantes, a sus familias y al personal docente una alta cuota de responsabilidad por lo que ocurre en el centro educativo, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros. Este medio de construir resiliencia ayuda al cambio que se solicita por los agentes certificadores de las instituciones educativas como el que la enseñanza sea de mediación, el currículo más pertinente y atento al mundo real, las decisiones se tomen en trabajo colegiado y se realice academia entre los docentes.

El acto de resistir que se propone con la resiliencia, exige crearse a si mismo, instaurar la diferencia personal, construir la singularidad, la educabilidad.

¿De dónde se obtiene la fuerza para resistir? Si el riesgo es la causa, la resistencia es el efecto, por ende se constituye una relación causal que es la resiliencia que posibilita adaptarse, sobreponerse y recuperarse de la adversidad.

CAPITULO 2

HISTORIA Y PERSPECTIVAS DE LA PEDAGOGIA HOSPITALARIA

La educación según J. Ardoino “es una práctica inherente a todo proceso civilizador, sus finalidades pueden ser explícitas e implícitas y se refieren a la vez a la perpetuación de una tradición establecida y a la posibilidad de un futuro diferente”.

Dentro de este concepto de educación se desprenden dos ramas la educación formal y la educación informal, la primera es la que se imparte con un maestro al frente del salón de clases con un grupo de establecido de alumnos y dentro de un aula y la segunda, la educación informal se realiza mediante la familia, medios de comunicación, amigos, compañeros de trabajo, iglesia, y hasta un hospital.

En este caso se podría tomar en cuenta a la pedagogía hospitalaria como parte de la educación no formal, ya que se da a través de un espacio en el hospital, con compañeros de diversas edades y apoyo entre todos los que laboran ahí.

Este capítulo tiene como propósito exponer los principios de la Pedagogía Hospitalaria, el impacto que ha tenido en países de América Latina y el resto del mundo, así como la integración del pedagogo en el ámbito hospitalario que lleva a plantear que los espacios hospitalarios se transformen en espacios donde, además de fortalecimiento, el niño encuentre una posibilidad de formación personal y académica.

2.1 ANTECEDENTES

Constituyó un hecho histórico, el que por primera vez el psiquiatra Pinel, médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, perteneciente al grupo de pensadores que concibieron la actividad clínica del médico, como un espacio de observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad mediante la cual se hace posible el establecimiento de la primera clasificación de enfermedades mentales, una vez que iban descubriendo y diagnosticando las enfermedades y Pinel iba observando cómo se les trataba a los enfermos mentales,

propuso que se les diera un trato más humano a los pacientes así como eliminar su encadenamiento a las paredes basado en un tratamiento moral.

En 1793 Pinel fue nombrado médico del manicomio de Bicêtre, donde prestó gran atención a las prácticas de Jean-Baptiste Pussin, que apoyaba y defendía el tratamiento moral de los enfermos mentales, a partir de reconocer que existían pacientes que no estaban afectados en su totalidad y una parte de su mente podía ser recuperable. En principio, esa autorización le fue denegada por las autoridades sanitarias de ese tiempo, aunque la consiguió más tarde. Fue entonces cuando introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. (Santillán, 1997)

Durante la última fase de la Revolución Francesa Pinel fue nombrado profesor adjunto de Física Médica y de Higiene en la nueva Escuela de Salud de París y posteriormente ocupó la cátedra de Patología interna. En 1795 se le otorgó el puesto de médico jefe de la Salpêtrie, cargo que ocupó hasta su muerte. Sus tratamientos constituyeron el primer paso hacia la psicoterapia individual.

En su obra de 1801 Pinel se planteaba que entre los enfermos encadenados de Bicêtre y Salpêtrie de París podían establecerse dos grupos claramente diferenciados: los dementes y los idiotas, aunque para él ni los unos ni los otros fueran susceptibles de educación. Sin embargo, los grandes avances que tuvieron lugar en la comprensión del retraso mental y la identificación de formas clínicas asociadas llevaron al psiquiatra Esquirol a diferenciar claramente la demencia de la amencia (la escuela vienesa considera la amencia como un estado mental caracterizado por la presencia de perturbaciones de tipo delirante y producido por causas tóxicas o infecciosas) Santillán (1997), y a mejorar las condiciones de los deficientes mentales, quien llevó a cabo concienzudos estudios religiosos antes de realizar estudios médicos.

Pinel estableció una casa de salud privada, donde fue jefe médico de la Casa Real de Charenton, donde ejerció hasta su muerte, la cátedra sobre patología mental inició en Salpêtrie y después en Charenton, formando un gran número de excepcionales médicos franceses de la mitad del siglo XIX. Colaboró en la preparación de la ley del 30 de julio de 1838, que reglamentó el tratamiento y la hospitalización de enfermos mentales en Francia durante más de siglo y medio. Lo primordial de su obra se encuentra en su tratado acerca

de las enfermedades mentales y es considerado como un verdadero clásico de la psiquiatría francesa.(Scherenberguer, 1984).

Este hecho es relevante para el tema que nos ocupa porque por primera vez se vislumbra la posibilidad de enriquecer el tratamiento médico con una intervención educativa, basada, en primera instancia en investigaciones realizadas por psiquiatras, psicólogos y médicos de aquella época para una mejoría en la salud de los pacientes dándoles un trato más humano y buscando formas menos dolorosas y traumáticas.

A continuación se describen brevemente, las investigaciones que en mi opinión son relevantes para el desarrollo de la Pedagogía Hospitalaria, en la cual se encuentra Itard, médico del Instituto de Sordomudos de Paris, quien elaboró valiosas investigaciones en el campo de la exploración otorrinolaringológica, desarrollando y perfeccionando diferentes técnicas, sus trabajos en la educación de niños con retraso, se consideran como el punto de inicio de la pedagogía científica y que confía en las posibilidades educativas del salvaje Víctor del Aveyron y escribe un diario definitivo en 1801 sobre la observación y el tratamiento educativo llevados a cabo (Diccionario de psicología y pedagogía, 2009). Su influencia es decisiva en los trabajos posteriores de colaboración médico-pedagógica llevados a cabo durante todo el siglo XIX, así como en la puesta en marcha de las escuelas de niños singulares en los Hospitales de Bicêtre y Salpêtrie y también en el Instituto Ortofrénico de Voisin.

No obstante, el mejor legado de Itard fue su influencia sobre el pedagogo y médico Seguin, quien además de las instituciones para retrasados, estableció la primera consulta medico pedagógica para el psiquiatra Esquirol y elaboró el método fisiológico, dando pautas para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos mentales que estaban bajo su cuidado.

La obra de Seguin es asumida por Bourneville, médico y pedagogo, que hizo de Bicêtre el primer Instituto médico-pedagógico, en el que se daba tanta importancia a la atención médica como a la educativa. (Grau y Ortiz, 2001)

Si bien el tratamiento médico-pedagógico tuvo su origen en los asilos-hospitales, empezaron a surgir los asilos-escuelas por obra de Sanctus, donde los niños recibían cura médica, nutrición, educación física y todo tipo de ayuda, pudiendo equipararse con el

momento actual cuando se lleva a cabo la acción educativa en el hospital y la atención médica en la escuela, en un intento de llevar a cabo un tratamiento multiprofesional.

De todas formas, la situación que atraviesa el niño hospitalizado en edad escolar fue de alguna manera considerada ya en el siglo XIX, cuando en 1802 se crea el primer hospital infantil en Francia, y en 1876 el hospital del “Niño Jesús” en España.

El paso del siglo XIX al XX viene marcado por la publicación en el año 1905 de la primera escala para la evaluación de la inteligencia en Francia. Binet recibió el encargo de elaborar un instrumento para diferenciar a los niños que eran susceptibles de recibir educación y los que no. A partir de los tests de Binet-Simon tuvo lugar la revisión de Stanford y adaptaciones sucesivas, gracias a todo lo cual el desarrollo y la psicología del niño han sido estudiados de modo objetivo y científico, dándosele a la Psicología y a la Psiquiatría un principio de medida, donde está la base científica de la Pedagogía.

El aula hospitalaria más antigua se encuentra en Francia, país que dio sus primeros pasos en este sentido a finales de la Primera Guerra Mundial, en el marco de una política encaminada a proteger la salud infantil, creando para ello las denominadas Escuelas al Aire Libre.

Pero será a finales de la Segunda Guerra Mundial cuando la escuela se introduce de forma definitiva en los hospitales franceses, con la habilitación de los primeros puestos de enseñanza en los hospitales, que se concretó con el decreto del 23 de julio de 1965, por el que se obligaba a dar atención escolar a los niños y adolescentes hospitalizados. Desde entonces las medidas tomadas por los diferentes gobiernos franceses han ido encaminadas a lograr la integración e inclusión escolar de los niños con algún tipo de enfermedad. (Grau y Ortiz, 2001)

Si bien el movimiento médico-pedagógico del siglo XIX tuvo su significado y peso por su dedicación a la infancia irregular y por la elaboración de teorías y metodologías difíciles de superar, la síntesis de las aportaciones precedentes tiene su máximo exponente en la colaboración médico-psicopedagógica de la primera mitad del siglo XX.

Se inicia con María Montessori, médico de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Roma, quien entra en contacto con los niños deficientes de forma accidental, a través de las visitas realizadas a instituciones, asilos y manicomios donde todavía eran atendidos y en las que percibe que su recuperación no iría por la vía médica sino educativa, organizando la escuela orto frénica para su curación, según consta en su *Manual práctico del método*, aún vigente.

De la misma manera, Ovide Decroly entró en contacto con los deficientes mentales a través de las prácticas en el hospital y vio claramente que su tratamiento no podía llevarse a cabo a través de la medicina sino por la vía educativa, estudió especialmente a los retrasados escolares y estableció con pruebas diagnósticas una clasificación de los niños anormales y se dedicó a crear un método de enseñanza globalizada. En la misma línea, Alicia Descocudres defiende junto a Decroly la educación en el medio natural: familia y comunidad. Ambos autores psicólogos y pedagogos, basan sus principios psicopedagógicos en la estimulación corporal, el adiestramiento sensorial, al aprendizaje globalizado, la individualización de la enseñanza, el carácter utilitario de la misma y el uso del juego en el libre ejercicio, lo que también está vigente en la actualidad y que puede ser extrapolado a la escuela en el hospital. (Grau y Ortiz, 2001)

En España el funcionamiento de las aulas hospitalarias es más tardío, al menos desde el punto de vista legislativo; sin embargo, esta intervención educativa ha venido siendo habitual desde hace más de treinta años, a través de ciertas iniciativas de algunos profesionales ajenos a la escuela (enfermeras, auxiliares, médicos y otros) que posibilitaron más tarde la llegada de maestros a los hospitales, quienes dieron un nuevo enfoque a la atención del niño hospitalizado.

En 1982, surgió la primera disposición legislativa en la que se establece la intervención educativa que se debe llevar a cabo en los centros hospitalarios con base en la Constitución Española, la que destaca: "El derecho universal a la educación". Asimismo se sucedieron una serie de disposiciones legislativas en las que se definen las medidas a seguir, tanto desde el punto de vista de la educación especial como de la educación compensatoria.

La cual se ve consumada en 1912 cuando el Ministerio de Educación reconoció por primera vez la existencia de la “Escuela” en el marco del Hospital, siendo en el año 1944, mediante el *Acta de Educación*, cuando se comenzó a valorar el trabajo que los maestros estaban realizando en los hospitales.

Décadas después, en octubre de 1988 tuvo lugar el primer Congreso Europeo sobre la Educación y la Enseñanza de los Niños Hospitalizados, organizado por iniciativa de un grupo de pediatras y educadores del Centro Médico Universitario de la ciudad de Liubliana (Eslovenia). Como resultado de este encuentro surgió la iniciativa de crear una asociación europea de educadores hospitalarios: comenzó así una trayectoria centrada, desde un principio, en defender el derecho a la educación de los pacientes pediátricos y en potenciar el rol del pedagogo y el profesor hospitalario, dando a conocer la importancia y el alcance de sus trabajos.

En 1992, se celebró el segundo Congreso Europeo de Pedagogía Hospitalaria en Viena (Austria). A él asistieron más de 350 profesores y pedagogos procedentes de 20 países europeos. Durante este congreso se dieron los pasos necesarios para la creación definitiva de la HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe), una asociación internacional, con fines científicos y educativos, centrada en la enseñanza y la atención pedagógica de los niños y jóvenes enfermos y hospitalizados. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

2.1.1 APROXIMACIÓN A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Hay algunos aspectos que es preciso tener en cuenta al aproximarse al complejo concepto de Pedagogía Hospitalaria y que pueden justificar su existencia no sólo desde la Pedagogía sino desde la Medicina, la Psicología y las Ciencias Sociales

Es necesario considerar la dificultad de las fases por las que pasa el proceso de tratamiento y recuperación el niño enfermo, así como la diversidad de las personas que están implicadas dentro del contexto familiar, hospitalario o social. Por una parte, están los diferentes momentos en relación a la hospitalización del enfermo: ingreso, estancia y alta. Por otra parte, está la presencia de colectivos más o menos implicados en la mejoría del aquejado: los profesionales, la familia y el voluntariado. En cualquiera de los casos,

diferentes investigaciones muestran que gran cantidad de niños hospitalizados padecen trastornos emocionales durante el ingreso, la hospitalización y la intervención quirúrgica en concreto, atribuyéndose estos cambios en primer lugar a la separación de la familia y después a la gran cantidad de rutinas, procedimientos, personas y equipos que no le son familiares al niño enfermo.

Las experiencias que cito a continuación, tienen como propósito dar cuenta de acciones sistemáticas en materia de Pedagogía.

2.2 CONTEXTO LATINOAMERICANO

En lo referente al contexto Latinoamericano, vale la pena destacar la labor realizada por la Organización Internacional sin fines de lucro que aboga por que el derecho a la educación se garantice durante toda la vida de las personas, desde su nacimiento hasta su muerte. La idea de formar esta organización surgió desde la convocatoria, en agosto de 2006, de la Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme, quien junto con la UNESCO y el Ministerio de Educación de Chile, asumió el compromiso de propiciar el intercambio de experiencias entre los países de la región que estuvieran desarrollando acciones educativas en centros de salud.

Se describen algunas experiencias documentadas por miembros de Redlaceh, de países de América Latina y el Caribe que han implementado atención educativa en hospitales y se da cuenta de ellas para ilustrar sus realidades: (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

2.2.1 MÉXICO

La Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SALUD) han puesto en marcha el programa *Sigamos aprendiendo en el hospital* con el objetivo de reducir el riesgo del rezago educativo de niños y jóvenes hospitalizados, haciéndolo extensivo también a los adultos internados en él.

Este programa entró en marcha de manera oficial el 9 de marzo de 2005 en 5 hospitales del Distrito Federal: el Hospital Infantil de México Federico Gómez, Hospital

General de México, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría y Hospital General Dr. Manuel Gea González.

La atención del programa se enmarca en dos aspectos clave del desarrollo social y humano: la educación y la salud. Clasifica en dos grupos a su población objetivo: los niños y los jóvenes de educación básica atendidos en el hospital y las personas mayores de 15 años de edad. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria)

2.2.2 ARGENTINA

En este país tiene lugar la primera y más antigua de las fundaciones dirigidas a la atención escolar en un hospital. Se trata de la Escuela Hospitalaria N° 1, fundada en el Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez Gallo, de Buenos Aires y tiene su origen en el año 1946. En 1987 se crea la segunda Escuela Hospitalaria No. 2 ubicada en el hospital de niños “Prof. Dr. Juan Garrahan”, de Buenos Aires y sus objetivos principales son:

- Garantizar la continuidad educativa del niño hospitalizado
- Implementar una propuesta pedagógica priorizando el potencial sobre el déficit
- Concebir a la escuela como agente socializador y transformador de los proyectos personales, a través de un método participativo.

De igual forma, la asociación civil *Semillas del Corazón por los derechos educativos del niño enfermo* surgió en 2004 en la ciudad de Córdoba, con la misión de promover y difundir los derechos educativos de los infantes en situación de enfermedad, al brindarles atención psicoeducativa y construir redes sociales para mejorar su calidad de vida y la de su familia. La asociación ha llevado a cabo diversas acciones para promover el crecimiento de la pedagogía hospitalaria, la formación docente y la concientización sobre los derechos educativos de los niños hospitalizados.

Semillas del Corazón desarrolla los programas: El Cole en casa, Proyecto de atención educativa domiciliaria para niños y adolescentes con enfermedades crónicas; grupos terapéuticos para familiares de niños en situación de enfermedad crónica, talleres creativos y terapéuticos de artes plásticas para niños y adolescentes, así como capacitación docente.(Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

2.2.3 CHILE

Los autores Guillén y Mejía (2002), señalan la Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme, la cual está ubicada en seis hospitales a lo largo del país, ha venido desarrollando desde el año 1997 una tarea importante en el ámbito de la investigación a nivel nacional e internacional. Ha organizado a la fecha seis Jornadas Nacionales e Internacionales sobre “Pedagogía Hospitalaria y el Derecho a la Educación del Niño Hospitalizado” y es reconocida como la institución de contacto de América Latina con HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe). En 1999 obtuvo el reconocimiento oficial del Ministerio de Educación de las aulas hospitalarias y de este modo el apoyo en su financiamiento a través de una subvención estatal.

En Chile, la pedagogía hospitalaria constituye una modalidad especial, está orientada y configurada por el hecho insoslayable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo. Por ello, su propósito final va más allá de la enseñanza formal, se relaciona más con la salud y con la vida que con la instrucción o el aprendizaje propiamente dichos.

Algunos de los enfoques en los que se basan para la intervención educativa en el hospital son:

- Intervención Educativa para el Presente
- Intervención Educativa Flexible
- Intervención Educativa Personalizada y Socializada
- Intervención educativa desde la Presencia y el Acompañamiento

Flexible dependiendo de:

- Características de la enfermedad
- Periodos de tiempo de hospitalización
- Realidad hospitalaria

2.2.4. BRASIL

En el *Instituto Escuela Hospitalaria y Atención Domiciliaria Niño Vivo*, de la ciudad de Salvador Bahía, la metodología utilizada contempla el aspecto lúdico, partiendo del abordaje socio-constructivista. A partir del conocimiento previo de los alumnos hospitalizados, el círculo escolar se adapta a la realidad de cada uno, integrando todas las

áreas del conocimiento. Los alumnos de la escuela en la casa de apoyo tienen también la oportunidad de crear, expresarse con autonomía y desarrollar actividades educativas relajantes y diversificadas, fortaleciendo el vínculo entre el niño y la escuela.

2.2.5 PERÚ

La atención hospitalaria es llevada a cabo en hospitales como el Hogar Clínica “San Juan de Dios”, de la ciudad de Arequipa. Esta creación es el fruto de un acuerdo firmado entre el Ministerio de Educación y Salud y la Fundación Telefónica por el que se le entrega al Hogar Clínica “San Juan de Dios” la mencionada aula. En el acuerdo queda establecido que la duración del convenio sería por tres años y su principal objetivo: impulsar un Plan Integral de Atención al Niño de Larga Hospitalización, destinada a mantener la continuidad de la escolarización y formación de los niños que, por razones de salud, deben realizar largas estancias en centros hospitalarios.

La Fundación Telefónica ha entregado tres aulas hospitalarias similares en Lima, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, al Instituto de Salud del Niño y al Hogar Clínica “San Juan de Dios”, y dos en Huancayo, a los Hospitales “El Carmen” y “Daniel Alcides Carrión”.

2.2.6 GUATEMALA

La Escuela Oficial de Párvulos, Hospital Roosevelt, surge como respuesta a la gestión realizada ante el Ministerio de Educación por la Asociación de Damas Voluntarias, que percibieron la necesidad de brindar la oportunidad de un espacio educativo a los niños, que por diferentes razones de salud permanecen por lapsos largos de tiempo en calidad de pacientes hospitalizados. En mayo de 1978 comenzó a funcionar como una sección anexa y se desempeña como escuela desde mayo de 1992.

Sus objetivos son:

- Desarrollar habilidades y destrezas de acuerdo a la edad del niño en el nivel óptimo
- Ayudar al niño a una mejor adaptación hospitalaria por medio de una terapia ocupacional que sirva para su aprendizaje, brindándole atención, cariño, estímulo y comprensión.
- Preparar al niño para la vida y la adquisición de futuros aprendizajes.

La metodología de la escuela se centra en los fundamentos de la educación personalizada y el método multisensorial. Se lleva a cabo un seguimiento mediante acciones de información y gestión a diferentes niveles. Asimismo se proporciona acreditación a los estudiantes atendidos para que puedan continuar su proceso educativo.

2.2.7 COSTA RICA

La Escuela Hospital Nacional de Niños, en San José, es un centro con fines educativos, científicos, y de beneficencia, para promover la medicina infantil y el bienestar de la niñez, a través de:

-Atención directa al niño o adolescente en el salón hospitalario: se brinda a los pacientes directamente en la sala donde se encuentran hospitalizados. El estudiante es atendido en su cama o cubículo considerando su estado de salud y disposiciones médicas.

-Atención directa al niño o adolescente en el aula hospitalaria: se da a los pacientes hospitalizados dentro del aula o espacio físico destinado al programa pedagógico que constituye un ambiente relajado y agradable, donde el estudiante tiene acceso a variedad de recursos didácticos y audiovisuales, para desarrollar los contenidos pedagógicos de forma lúdica, para atraer su interés hacia el proceso de aprendizaje, considerando la condición de salud y la correspondiente autorización personal médico a cargo.

-Atención al padre de familia o acompañante del niño o adolescente hospitalizado: se brinda información, orientación y seguimiento a los padres o encargados con respecto a las necesidades especiales, al nivel de desarrollo y aprendizaje del niño hospitalizado.

2.2.8 VENEZUELA

El *Aula de los Sueños* es una asociación civil sin fines de lucro que surgió a raíz de un trabajo de investigación, cuyo objetivo fue el diseño de un modelo de estrategias para la formación de docentes en el área de la pedagogía hospitalaria, en Los Teques, Estado Miranda. Dicha investigación motivó a un grupo de profesores a congregarse para favorecer iniciativas de formación e investigación en este campo.

La Asociación el Aula de los Sueños ha levantado información que evidencia que en el país, existen diversos criterios en relación al quehacer del docente, dentro de los ambientes hospitalarios. Algunas aulas funcionan bajo la modalidad de la educación especial, otras bajo el concepto de aulas no convencionales o aulas integradas, y la gran

mayoría se maneja bajo el enfoque psico-recreativo entendido como la continuidad escolar. El mantenimiento de hábitos de estudio para que el niño no pierda su nivel escolar, no evita el ausentismo obligatorio que este sufre y que lo aparta, en muchas ocasiones del sistema educativo. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria)

2.3 PEDAGOGIA HOSPITALARIA

La pedagogía hospitalaria es conceptualizada por Lizasoáin, como “rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en su aprendizaje, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece”.

Los principales objetivos que debe perseguir la pedagogía hospitalaria está encaminada al desarrollo de los aspectos cognitivos e intelectuales, motriz, afectivo y social (Grau y Ortiz, 2005)

- .
- Lograr la adaptación a la hospitalización y a la situación de enfermedad
- Propiciar apoyo emocional al niño y mitigar sus déficits afectivos.
- Disminuir la ansiedad, y demás efectos negativos, desencadenados como consecuencia de la hospitalización.
- Mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado.
- Atender a la formación del carácter y la voluntad del niño, en el sentido de apelar a su esfuerzo y animarle al trabajo.
- Fomentar la actividad, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre
- Cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales.
- Orientar personal y profesionalmente
- Orientar a las familias

Los profesionales de la educación, representan el vínculo entre la situación de estar enfermo y hospitalizado, con la rutina normal en la vida de ese niño, de ese joven, de ese alumno, por lo cual juegan distintos roles dentro del equipo interdisciplinario del hospital.

- 1.- Colaboración interprofesional
- 2.- Enseñanza escolar
- 3.- Actividades recreativas
- 4.- Orientación personal
- 5.- Apoyo familiar
- 6.- Estrategias específicas de intervención

Para desarrollar de manera integral esta tarea consideran importante tener en cuenta la distancia interpersonal, como la escucha, atendiendo a diversos aspectos:

La comunicación como base fundamental en la relación docente alumno y continuidad educativa en su conjunto, sin perder de vista las funciones de la escuela hospitalaria:

- Educativa
- Compensatoria
- Preventiva
- Terapéutica
- Normalizadora
- Integradora

Ciertos aspectos del ambiente hospitalario pueden evocar fuertes reacciones emocionales en los niños, afectando sus estados de salud de forma positiva o negativa, pero debido a que son inherentes a la atmósfera del hospital se tiende a pasarlos por alto tal como señalan Polaino L, y Lizasoán, R.(1994).Una adecuada atención a todos los factores hasta ahora mencionados puede ayudar a transformar de alguna forma la hospitalización en una experiencia constructiva y educativa.

Esto ocurre cuando las personas que atienden al niño, son conscientes de que él precisa de su familia, del juego, de la educación y, especialmente, precisa de obtener en todo momento la oportunidad de expresión y comunicación de lo que está viviendo, factor que debe ser facilitado por los adultos que lo rodean y especialmente debe ser atendido en aquellos centros de salud que cuenten con un aula hospitalaria.

En hospitales de diversos países existen docentes que se dedican a atender a los niños hospitalizados, con el fin de que durante el proceso de enfermedad conserven y

continúen desarrollando habilidades y destrezas escolares que serán necesarias cuando el menor se reintegre a la escuela.

En nuestro país, el Hospital Infantil de México Federico Gómez fue uno de los primeros en sumarse a la iniciativa para participar en el proyecto “Sigamos Aprendiendo en el Hospital”, iniciativa que comenzó con un convenio entre las secretarías de Salud y la de Educación Pública, para que los docentes se integraran a este tipo de trabajo, en un ambiente tan diferente al del salón de clases tradicional, fue necesario acercarlos formalmente a la vida hospitalaria así como brindarles mayor información de las principales enfermedades que aquejan a los niños y las causas por las que, en ocasiones, es indispensable que permanezcan hospitalizados.

La Pedagogía Hospitalaria, plantea que la escuela ha de preparar al niño enfermo para afrontar las situaciones conflictivas que va a vivir, ayudándolo a descubrir y fomentar sus habilidades cognitivas, su rendimiento académico, mejorando su estado emocional y afectivo, a fin de afrontar mejor su situación y por lo tanto, contribuir a la mejora de su salud.(Grau y Ortiz, 2001)

De igual forma, este campo de la pedagogía, opta por la estancia de la familia en el hospital, ya que comprende un apoyo psicoafectivo para el niño y, además, aboga por una formación e información a la familia, profesionales y personal de las distintas áreas del servicio de pediatría.

2.3.1 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL HOSPITAL

La Pedagogía Hospitalaria requiere de una colaboración multiprofesional dada su complejidad; en sí es evidente que de la formación de los profesionales, de su actitud y de sus programas de intervención, dependerá la actuación dirigida a las familias y a los niños hospitalizados; por ello resulta imprescindible compartir la toma de decisiones, lo cual contribuye a mejorar la calidad de la atención médica y educativa.

Las necesidades educativas de los niños enfermos y las intervenciones psicoeducativas se pueden agrupar en tres grandes bloques:

-Las relacionadas con la asistencia sanitaria: Las actuaciones en este campo tienen como objetivos: favorecer el control de la enfermedad por el niño y el manejo de aparatos que le ayuden a ser más independiente; prepararle para las pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, administración de medicamentos y otros tratamientos; e informar a sus allegados sobre los cuidados que precisa, y adoptar el entorno a sus necesidades.

-Programas para el control de los trastornos psicológicos asociados a las enfermedades.

-Adaptaciones curriculares de acceso para evitar el fracaso escolar para niños que presentan necesidades educativas especiales como consecuencia de la enfermedad y tratamientos.

2.3.2 CONTEXTO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL

Si dentro de las instituciones escolares se tiene un área destinada para el alumno llamado enfermería o en distintos casos cuentan con el apoyo de un doctor dentro de las instalaciones para tratar algún accidente de los niños, porque no poder brindar otro apoyo a los niños que se encuentran dentro de un hospital como lo es la educación con el apoyo de la resiliencia, una vez dentro de este campo, es necesario conocer las distintas afecciones por las que pasa el pequeño, tener en cuenta la importancia del binomio educación-salud y como ya se ha mencionado antes realizar un trabajo interdisciplinario.

Afortunadamente ya se cuenta con el apoyo de la SEP para integrar la educación en este contexto.

Integrarla educación al contexto hospitalario fue un gran avance, ya que son muy variadas y diferentes las situaciones de riesgo físico y psicológico por las que atraviesa cada niño, así como las carencias generadas por la pérdida de salud; Esto hace necesario que los responsables políticos y administrativos se preocupen por el tema y generen las acciones correspondientes para que las instituciones de salud brinden al niño la posibilidad de vivir y desarrollarse de manera más apegada a su realidad. (Apuntes, 2001)

Para un mejor desempeño y aprovechamiento de lo que se puede ofrecer en este contexto, es basarnos en los 4 pilares de la educación de Jacque Delors, (1997) que son: Aprender a Conocer, Aprender a Ser, Aprender a Relacionarse con los demás y Aprender a Hacer, esto va a servir para realizar una atención más global, en conjunto con la asistencia médica a la par con su familia.

En relación a la atención educativa, Garanto (1995) afirma que las *tareas educativas especiales* podrían ser definidas como las ayudas especializadas que se presta a sujetos en situaciones de hospitalización y con finalidades concretas, tanto en relación con la familia como con la escuela.

La presencia de la familia es de suma importancia, ya que ellos brindarán al niño el apoyo y fortaleza que necesita para afrontar su situación de la mejor manera posible, ya que al estar a su lado, le ofrecen al pequeño un soporte psicoafectivo valioso.

El apoyo de los familiares es de importante consideración, para llevar ánimo al niño y ganas de curarse, ya que el apoyo y una actitud realista y positiva mejora su recuperación mientras que el nerviosismo perjudica la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, es muy conveniente la necesidad de que exista una estrecha relación entre los profesionales del hospital (médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, educadores sociales, enfermeras, etc.) con la familia del niño, para otorgar el apoyo directo y orientación a los padres, lo que redundará indirectamente en la recuperación de su hijo. (Grau, 2011). Por lo anterior se ha podido percibir que en la mayoría de los casos, los padres pueden realizar tareas de cuidado del niño en casa, si se les dan instrucciones claras y el apoyo técnico necesario.

2.3.2 EL PEDAGOGO HOSPITALARIO

Es tarea de la escuela y de los padres preparar al niño enfermo para las situaciones conflictivas que va a vivir y también desarrollar sus potencialidades a nivel cognitivo, académico, afectivo y social para poder afrontar mejor una situación de riesgo como es la enfermedad.

En relación con la escuela está también la intervención que va *más allá del hospital*, bien sea en el ámbito familiar o en los centros educativos de procedencia (escuelas, institutos, universidad), lo que facilitaría el mutuo apoyo y la responsabilidad compartida. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

Al pedagogo hospitalario en su área de colaboración con el resto de los profesionales y con los familiares del niño se le pueden atribuir los siguientes papeles específicos:

- Intérprete de la afectividad entre los padres y los hijos para poder ayudar a mantener en el niño enfermo el equilibrio emocional.
- Tutor del alumno hospitalizado para apoyar su proceso de enseñanza/aprendizaje
- Negociar con el equipo médico sobre el proceso integral de la recuperación del paciente.

Estas serían algunas de las pautas sobre las funciones del profesorado en los hospitales:

- Disminuir el síndrome hospitalario mediante la continuidad de las actividades escolares.
- Posibilitar los procesos de relación y socialización del niño hospitalizado con otros compañeros que estén en la misma situación que él.

Por un lado, la finalidad de la formación de este profesorado iría en la línea de lograr:

- Formación de la personalidad y el equilibrio emocional.
- Formación no sólo en contenidos sino en actitudes, habilidades y destrezas para poder llevar a cabo una acción integral con el niño enfermo, con los padres y –tal vez- con los profesionales.
- Práctica en las artes creativas.

El programa de pedagogía hospitalaria aquí en México de la Secretaria de Educación Pública, orienta sus acciones a la atención de la población de educación básica en condición de hospital, desde dos líneas estratégicas: el apoyo a la intervención educativa y la investigación.

Apoyo a la intervención, a través de talleres y cursos de capacitación docente, así como la generación de condiciones adecuadas para el aprendizaje, ambas acciones encaminadas a la mejora en la calidad del servicio educativo que se imparte. Es aquí donde se diseñan estrategias de atención, planeación, intervención y seguimiento al logro académico de los alumnos.

Investigación, mediante iniciativas de estudio de los diversos contextos en que opera el servicio educativo, así como de las características de la población, con el fin de generar una respuesta diversificada, pertinente y eficaz; así como para generar planes de desarrollo que permitan la formación de nuevos profesionales en la materia y la documentación de la experiencia fundamentada teóricamente, a través de diversas ediciones a disposición. (Apuntes Pedagogía Hospitalaria, 2005)

El Programa opera a través de la Escuela Hospitalaria de Educación Básica (EHEB), el Centro de investigación y Asesoría en Pedagogía Hospitalaria (CIAPH); así como de la publicación y distribución de ediciones vinculadas. (Grau, 2006)

La aportación de contenidos teórico-prácticos de diversas disciplinas involucradas en el binomio salud-educación, integra un mapa curricular de preparación profesional, que pone a disposición del docente, un conocimiento amplio del contexto hospitalario desde la perspectiva médico, psicopedagógica y legal, que facilite instrumentar actividades y estrategias con enfoque lúdico propiciando el aprendizaje en los alumnos.

La DGIFA, a través de la Dirección General Educación Normal y Actualización del Magisterio y con las diversas instituciones de salud involucradas, realizan este programa de preparación profesional, para brindar a pedagogos y maestros la oportunidad de:

- Fortalecer sus competencias docentes hospitalarias, para la atención de los alumnos en ese ámbito.
- Construir un enfoque integral y de logro académico en la atención educativa, considerando las condiciones de salud y aprendizaje de los alumnos.
- Generar una actitud de trabajo colaborativo en el medio, para la atención de los alumnos que participan en la escuela hospitalaria. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

La convocatoria para participar en esta área se extiende a las áreas de Medicina, Pedagogía, Educación y Arte, asociadas a la intervención en el contexto hospitalario: para contar con un equipo multidisciplinario de profesionales, que conforme la comunidad educativa y propicie acciones interdisciplinarias en este contexto. Por su parte, el que esté interesado en esa rama educativa debe conocer a profundidad los sustentos teórico-

metodológicos vigentes de la educación básica y tener disposición y apertura para abordar críticamente su quehacer en tres dimensiones de desarrollo: (SEP, 2001)

CONOCIMIENTOS

- Poseer dominio de las teorías actuales de aprendizaje escolar y desarrollo social.
- Construir estrategias de atención educativa para niños y adolescentes en el ámbito hospitalario
- Desarrollar un conocimiento didáctico, sustentado en la atención diversificada y en la docencia reflexiva.

HABILIDADES

- Reflexionar sobre su actuación profesional e involucrarse en un proceso de constante innovación.
- Participar en el diseño de proyectos para la atención de niños y adolescentes en hospital en el marco del trabajo colaborativo.
- Dar respuestas educativas a las condiciones que el ámbito hospitalario requiera.

ACTITUDES

- Asumir una visión proactiva ante la educación en el ámbito hospitalario
- Aceptar la diversidad de opciones educativas como un valor
- Actuar con responsabilidad y ética profesional en la toma de decisiones colegiadas
- Mantener una actitud de colaboración en el trabajo colectivo e interdisciplinario

La pedagogía hospitalaria ha cobrado gran importancia dada la necesidad de obtener saberes para organizar y diseñar situaciones de aprendizaje en el espacio hospitalario, atendiendo a todos los factores que este contexto implica. Hay gran cantidad de variables que van a intervenir en el proceso educativo, como la duración de la hospitalización, heterogeneidad de edad y nivel educativo de los niños y adolescentes, espacios y recursos donde desarrollar las actividades educativas.

Las limitaciones para realizar actividades cotidianas y establecer la interacción social tan determinante en la etapa infantil, lo que pone en desventaja física y de contexto principalmente, por lo tanto, en el hospital requieren de apoyo médico, educativo, psicológico y social, entre otros.

Para prevenir el rezago escolar, se toma en consideración lo siguiente

*Adaptar las condiciones del ambiente educativo, de acuerdo a las características de cada padecimiento.

*Considerar los intereses, condiciones, y expectativas del alumno en el contexto hospitalario.

*Declarar las fortalezas y oportunidades de los alumnos en esta nueva situación.

*Potenciar la inquietud de aprender y los hábitos de estudio en el educando, compensando los efectos de su situación en hospital.

*Fomentar relaciones de confianza y seguridad mediante la interacción personal y, por ende, socio afectivo.

*Promover el uso de las nuevas tecnologías, como medio de investigación, instrumento de investigación, instrumento de comunicación y recurso en la realización de proyectos.

Brinda a los pacientes pediátricos los medios para recuperar la confianza en sí mismos y en sus potencialidades, a través del manejo integrado de habilidades, conocimientos y actitudes; articulados todos, con los aspectos afectivos y sociales, como lo propone una educación fundamentada en el desarrollo de competencias.

La intervención educativa se va implementando en grupos multinivel por especialidad médica, atendiendo las restricciones y características de los tratamientos en específico: oncología y hematología, nefrología, ortopedia, cardiología, neumología, psiquiatría, entre otros. Cabe señalar que cada una de las especialidades atendidas, cuenta con condiciones diferenciadas que exigen un ambiente diverso de recursos, mobiliario, condiciones de trabajo y atención acordes al contexto.

Debido a la limitación de personal docente abocado a hospitales, ha sido necesario que un solo maestro atienda en tres espacios: tratamiento ambulatorio, internamiento y consulta externa; a través del recurso de aulas establecidas y módulos didácticos móviles. Las aulas establecidas se ubican en el lugar destinado por el hospital para tal efecto, a donde pueden acudir los pacientes hospitalizados. Los maestros atienden de forma personal, en sala, a los alumnos en condición hospitalaria que no pueden desplazarse al aula, a través de módulos didácticos móviles. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, SEP)

La Dirección General de Innovación y Fortalecimiento Académico ha diseñado y puesto a disposición de los docentes hospitalarios un instrumento digital de planeación educativa (Sugerencias didácticas para la intervención educativa en el hospital) como apoyo a la intervención individualizada y colectiva, para facilitar la implementación de situaciones didácticas específicas y enriquecer el desempeño docente en las instituciones de salud, este instrumento de planeación, concentra los planes y programas oficiales de estudio vigentes, los vincula con diversas interactividades didácticas disponibles en internet, con un fichero de sugerencias de situaciones de aprendizaje lúdicas y con actividades relacionadas con la propuesta educativa, centrada en el desarrollo de competencias del alumno hospitalizado.

Resulta relevante enfatizar que el punto de partida para determinar la modalidad de atención, es la frecuencia de asistencia o estancia del alumno en el hospital (apoyo eventual, vinculación o corresponsabilidad con la escuela de procedencia, o, tutoría oficial) y, una vez determinada ésta, apoyar la intervención educativa en unidades de trabajo o proyectos de aula hospitalaria que permitan adecuar actividades para grupos multigrado, acordes con los aprendizajes esperados, el desarrollo de competencias y, los intereses y condición del niño o adolescente. (Apuntes de Pedagogía Hospitalaria, 2005)

El programa en el Distrito Federal desde la AFSEDF, se propone dos aspectos centrales para el trabajo de la pedagogía hospitalaria:

→El aspecto formativo, es decir, el que ayuda al perfeccionamiento integral del alumno incluso en situación de vulnerabilidad por hospitalización. Su principal objetivo es la continuidad en el desarrollo e integración del niño o adolescente. Mediante la comunicación interpersonal se ayuda al enfermo a socializar en un contexto escolar y a reforzar su capacidad de autonomía, contribuyendo a la toma de decisiones asertivas y mantener una actitud de esfuerzo. Otro punto a considerar es precisamente optimizar su tiempo de hospitalización: las actividades útiles y formativas son fundamentales para hacer menos severa la estancia y mantener la voluntad y el espíritu de aprendizaje, brindando oportunidades de crecimiento para que el estudiante no se desfase en su dinámica de vida.

→El aspecto didáctico, se basa en las situaciones de aprendizaje necesarias para recuperar, mantener y facilitar la reanudación escolar, cultural e intelectual del alumno. Este es el aspecto que está directamente relacionado con el currículo escolar. Es decir, se trata de que el niño o adolescente en edad escolar, no pierda la continuidad que el proceso escolar exige. El objetivo es mantener y potenciar los hábitos propios de la actividad intelectual y de aprendizaje, a través de las actividades escolares desarrolladas en centros hospitalarios que llevan el programa.

Para lograr esto, los principios educativos de mayor aplicación son:

- Individualización, ajustando el proceso de aprendizaje al niño en concreto.
- Socialización, para combatir el aislamiento del niño enfermo, proporcionándole la oportunidad de convivir, relacionarse y retroalimentarse con sus compañeros en pequeños grupos, y siempre a cargo de un profesor.
- Autonomía, sostiene la implicación, activa y voluntaria del niño en torno a la continuidad de su desarrollo.

La Pedagogía Hospitalaria tiene su importancia dentro del ámbito de la salud para brindar al niño otro tipo de apoyo para su desarrollo dentro de esta nueva rama de la Pedagogía, mediante ella, el niño aproveche el tiempo y aparte de distraerse y cambiarle el día, aprenda diversos temas, repase lo que tenga duda, que ocupe su tiempo (si las circunstancias se lo permiten) en mover el cuerpo, que tenga sentido del humor, de esa manera le dan al niño un cimiento para su mejora lo que a su vez se refleja en los padres, ya que al verlo despierto, animoso, valiente, a ellos también les produce una cierta tranquilidad de verlo mejor, y sin darse cuenta al percibirse mutuamente más alegres y tranquilos tanto los padres como los niños se crea un ambiente armonioso, la tensión y las repercusiones de la hospitalización disminuyen y se refleja en su estado de salud.

Como se mencionaba antes, es un área de la Pedagogía relativamente nueva, poco explorada, esto plantea nuevos retos a los involucrados en este tema, tanto a las propias instituciones de salubridad, a las decisiones políticas y por supuesto a los pedagogos, ya que requiere de mayor atención por las circunstancias en las que se encuentra el paciente, pero mediante un trabajo multi e interdisciplinario y la realización de un trabajo integral para el niño, será de suma importancia para su recuperación.

El propósito de esta investigación, de pensar en los niños hospitalizados, es porque ellos también tienen derecho a recibir otro tipo de ayuda y apoyo para su mejoría bio-psico-social, que su recuperación sea lo menos dolorosa y traumante posible, una vez que ingresaron al hospital. En la medida de lo posible proponer actividades que pueda realizar, hacerle más amena su estancia a la par que aprenda jugando, desarrollar su sentido del humor, que sean resilientes y aprendan a superar sus dificultades, al conocer las etapas por las que atraviesa el infante brindarle actividades apropiadas a su edad y desarrollo cognitivo y de esa manera asimile los conocimientos de una manera más adecuada, que es lo que se desarrollara en los siguientes capítulos de este trabajo.

En los anexos se incluye una carta, donde toman en cuenta los derechos del niño hospitalizado, esto para mejorar el servicio y atención a los involucrados en esta complicada situación.

Que sepan que tiene derecho a estar informados de lo que les sucede y el porqué de tenerlo en cama con objetos desconocidos dentro de su cuerpo y también la forma en que él puede cooperar para salir lo antes posible de su situación.

2.4 SALUD - EDUCACION

La educación en el ámbito hospitalario se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud. Por tanto, las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud.

Quienes se dedican al cuidado de la salud en este binomio de educación-salud se deben manejar conceptos relacionados con la conducta humana, las características sociales, culturales y económicas de la población, las motivaciones y las barreras hacia los cambios de conducta; así mismo, debe tener un sólido conocimiento de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, de las crónicas y de la patología social. (Vega y García, 1981)

De esta forma, se podría pensar que así como las instituciones prestadoras de salud se ocupan fundamentalmente de la atención de la salud, sería pertinente pensar

que a las escuelas y centros educativos les corresponden las funciones educativas. Sin embargo, en el mundo actual, caracterizado por las interdependencias temáticas, las sinergias y las interacciones, en la práctica no se excluye ningún tema de la totalidad de las facetas de la vida humana.

En este sentido hoy se entiende y se acepta que así como la atención de la salud se debe brindar en todos los lugares, la educación no debe ser ajena a los centros hospitalarios.

La educación y la ayuda al niño enfermo es todo un reto para los educadores, esto se debe a que la situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores desfavorables de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, lo que lleva a la ruptura con los ambientes y círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y el social. Junto a esto, el ingreso brusco a un centro médico donde el niño se encuentra de pronto en un ambiente que no conoce y que, por lo general, le aterroriza. Por otro lado los que se derivan de la circunstancia anómala de la enfermedad en sí, como el sufrimiento, el miedo y los temores, la depresión, la tristeza, la desesperanza o el aburrimiento.

2.4.1 PADECIMIENTOS PEDIÁTRICOS, PARTICULARIDADES A CONSIDERAR

Para brindar una adecuada atención y enseñanza a pacientes infantiles que presentan enfermedades crónicas, es de suma importancia que el educador conozca los diversos tipos de padecimientos que existen, sus características, tratamientos y complicaciones, con el propósito de que bajo ciertas recomendaciones se guíe al alumno en el proceso cognoscitivo, de acuerdo a su condición de salud. A continuación se señalan algunas orientaciones al respecto.

2.4.1.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Una enfermedad crónica se define como el padecimiento que está presente durante largos periodos de tiempo y tienden a no mejorar ni a desaparecer. Los niños afectados suelen hallarse confinados a la cama de un hospital, en periodos de crisis, cuya amenaza está siempre presente, incluso con un buen control y con años de remisión. Los

tratamientos médicos continuos y la enfermedad pueden afectar al rendimiento escolar y a su integración social. (Grau y Ortiz, 2001)

Entre los padecimientos que se encuentran en esta denominación figuran los siguientes

2.4.1.1.1 DIABETES

Es una enfermedad en la cual el páncreas no produce la suficiente cantidad de insulina que es necesaria para normalizar el nivel de azúcar (glucosa) en sangre. Los hidratos de carbono se convierten en glucosa, mediante la digestión, y pasan a la sangre, momento en que actúa la insulina, la cual es necesaria para que la glucosa entre en las células y así pueda ser utilizada como fuente de energía.

SÍNTOMAS

- Consumo alto de alimentos sin que ello repercuta en el peso de la persona (polifagia)
- Recurrencia y producción de grandes cantidades de orina (poliuria)
- Necesidad de ingerir mucha agua (polidipsia)
- Cansancio sin causa aparente (astenia)
- Irritabilidad
- Elevación de glucosa en sangre (hiperglucemia)

Existen dos tipos: Diabetes Mellitus Tipo 1 (Insulina dependiente) y Diabetes Mellitus tipo 2 (juvenil). La primera como su nombre lo indica, el tratamiento es con dosis de insulina, una dieta equilibrada y ejercicio, y la segunda es mediante medicamentos orales, dieta equilibrada y ejercicio, hay que tomar en cuenta dos síntomas de alerta que se presentan durante la enfermedad al momento de ingerir pocos o demasiados alimentos entre otras cosas que son:

Hiperglucemia: Es el ascenso de la glucosa por encima de los 180mg/dl Aparece cuando la dosis de insulina o medicamentos orales nos están siendo tomados de la forma correcta ya sea por comer más de lo debido y tomar menor cantidad de medicamentos orales indicado por el médico o inyectar menor cantidad de insulina de la requerida; el cuerpo avisa con los síntomas que son: orinar con frecuencia, tener mucha sed, inapetencia, náuseas o vómitos, dolor abdominal, dificultades en la respiración, decaimiento general, somnolencia y coma.

Hipoglucemia: Es el descenso de la glucemia por debajo de los 60 mg/dl. Aparece cuando la dosis de insulina o el consumo de medicamentos orales son excesivos, cuando la alimentación es insuficiente, o cuando se ha hecho más ejercicio del previsto, ya que sin azúcar el cerebro sufre y no puede funcionar correctamente. Los síntomas son: sensación de hambre, intranquilidad, hormigueo en los dedos y labios, sudoración fría, terrores nocturnos, llanto inexplicable. Si no se hace nada por solucionar el problema, posteriormente se producirá habla confusa, palidez intensa, gestos y frases extrañas y, poco a poco, aparecerá una somnolencia que puede llegar a la inconsciencia. (yo con diabetes, 2012)

2.4.1.1.2 FIBROSIS QUISTICA

Es una enfermedad hereditaria, que se caracteriza por un desequilibrio en el transporte de cloro en las membranas celulares, provocando una viscosidad anormal de las segregaciones de las glándulas endocrinas, que puede bloquear los pulmones y determinadas partes del sistema digestivo.

Las personas con fibrosis quística tienen dificultades para respirar y son proclives a contraer enfermedades pulmonares de tipo infeccioso. Se caracteriza por presentar desnutrición, y un retraso en el crecimiento por un funcionamiento insuficiente del páncreas, que ocasiona una digestión inadecuada y una mala absorción de las sustancias nutritivas y, en especial de las grasas. Muchos enfermos muestran deyecciones voluminosas y frecuentes pues los alimentos atraviesan el organismo casi sin ser digeridos y pueden tener pérdidas excesivas de sal en el sudor. Los medicamentos utilizados incluyen enzimas que facilitan la digestión y soluciones para aligerar y desprender la mucosidad de los pulmones.

Los niños y adolescentes tienen que realizar ejercicios de fisioterapia diariamente, lo que supone una limitación de sus actividades diarias, y cuando realizan ejercicios físicos intensos, pueden necesitar ayuda de sus profesores y compañeros para despejar sus pulmones y vías respiratorias.

2.4.1.1.3 CANCER

El cáncer no es una enfermedad única. Bajo esta denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento absolutamente diferente,

y que tienen por característica común el que son procesos debidos a un crecimiento incontrolado de los tejidos y órganos en los que se originan. Las células cancerosas poseen la propiedad de invadir, destruir y reemplazar progresivamente los órganos y tejidos vecinos, así como de esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y anidar en lugares lejanos al foco de origen. Este proceso es el que se conoce con el nombre de metástasis. El cáncer es, pues, un grupo de enfermedades con diferente pronóstico y tratamiento

Los tipos más frecuentes son:

-*Leucemia*: Es la forma de cáncer más frecuente de los niños: uno de cada tres niños con cáncer tiene leucemia. Es una enfermedad de la sangre, producida por una proliferación incontrolada de unas células denominadas blastos (forma inmadura de las células antes que aparezcan sus características definitivas) que se encuentran en la médula ósea.

-*Linfomas*: Son cánceres de los ganglios linfáticos periféricos, y órganos linfoides como el bazo, timo y ciertas partes de otros órganos, como las amígdalas.

-*Tumores Cerebrales*: Los tumores cerebrales representan el segundo tipo de tumor más frecuente en los niños. Pueden manifestarse a cualquier edad en la infancia y adolescencia, pero generalmente son más frecuentes entre los 5 y 10 años de vida. Estos tumores son clasificados y nominados por el tipo de tejido en el cual se desarrollan (astrocitomas, ependinomas, meduloblastoma, tumor neuroectodérmico primitivo, etc.) Los síntomas más habituales son convulsiones, cefaleas matutinas, vómitos, irritabilidad, cambios en los hábitos de comer o dormir, y somnolencia.

-*Neuroblastoma*: Es el tumor sólido más frecuente en los niños después de los del sistema nervioso central. En nuestro país se diagnostican cada año entre 50 y 60 casos.

-*Tumor de Wilms*: Es un tipo de cáncer pediátrico, que se origina en los riñones, siendo muy infrecuente en las edades superiores a los 15 años. Los síntomas son: masa abdominal, fiebre, pérdida de apetito y dolor abdominal.

-*Rabdomiosarcoma*: Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células musculares. Su localización más frecuente es cabeza, cuello, pelvis y extremidades. La sintomatología depende de la localización del tumor.

-*Sarcoma Ontogénico*: También denominado osteosarcoma, es una forma de cáncer de huesos más frecuente en los niños. Los huesos más afectados son los largos de la extremidad superior y de la extremidad inferior. Los síntomas son la aparición de un tumor doloroso y de consistencia dura. La enfermedad puede estar diseminada, por lo que es necesario realizar una investigación de las posibles metástasis, preferentemente en pulmón y esqueleto.

-*Sarcoma de Ewing*: Es una forma de cáncer de huesos, en la cual, además de los huesos largos, también se afectan los huesos planos. Se manifiesta entre los 10 y 25 años, siendo los huesos y los pulmones los lugares más habituales de diseminación. Puede producir sintomatología general, como fiebre, escalofríos y sudoración. (Grau y Ortiz, 2001)

2.4.1.1.4 HEMOFILIA

La hemofilia es una enfermedad hereditaria, ligada al cromosoma X (las mujeres la transmiten y los hombres la padecen), en la que la sangre no se coagula con la rapidez necesaria. El tratamiento de esta enfermedad consiste en la administración del factor deficitario, con el fin de alcanzar los niveles necesarios para una perfecta coagulación en la sangre. Se realiza por inyección intravenosa, nunca intramuscular por riesgo de hematomas. Se puede administrar en el hospital y se recomienda en tratamiento domiciliario, realizado por los padres en los primeros años, y por el propio afectado más tarde. (Grau, 2005)

2.4.1.1.5 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es una enfermedad provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se caracteriza porque las personas afectadas no pueden resistir ni combatir las infecciones a causa de la destrucción de su sistema inmunológico. El SIDA se contrae cuando un portador transmite el virus a otra persona a través del contacto sexual o a través de la sangre. Las embarazadas pueden transmitir el VIH a sus hijos.

No tiene cura, pero el continuo desarrollo de medicamentos que permiten que la enfermedad se desarrolle más lentamente provoca que cada vez haya más niños en las escuelas con este padecimiento. Aún no se sabe muy bien cuáles van a ser sus necesidades educativas especiales, aunque se han observado en muchos niños complicaciones neurológicas y retrasos en el desarrollo.

2.4.1.1.6 ASMA

El asma es una enfermedad crónica de los pulmones caracterizada por brotes episódicos de respiración silbante y dificultosa, y tos. Los ataques de asma están producidos normalmente por alérgenos (como el polen, ciertos alimentos o animales domésticos), sustancias irritantes (como el humo del tabaco o la contaminación ambiental), ejercicio físico y tensión nerviosa.

El tratamiento consiste en determinar los estímulos que provocan el ataque, aunque estos pueden ser muy variados. En la mayoría de los casos la enfermedad se puede controlar mediante una combinación de medicamentos y limitando la exposición a los alérgenos conocidos. (Grau y Ortiz, 2001)

2.4.1.1.7 EPILEPSIA

La epilepsia es una afección crónica, de etiología diversa, que se caracteriza por crisis recurrentes que producen una perturbación en los movimientos, sensaciones, conducta y conciencia, ocasionados por una actividad eléctrica anormal del cerebro. No se conocen exactamente las causas de la epilepsia (congénitas, degenerativas, vasculares, traumáticas, tumorales, etc.), pero se cree que una persona la sufre cuando una zona del cerebro se torna eléctricamente inestable. Los trastornos convulsivos pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, pero casi siempre comienzan en la infancia. Durante los ataques, la disfunción de la actividad electroquímica del cerebro hace que el individuo pierda temporalmente el control de los músculos, pero, entre los ataques, el cerebro funciona normalmente.

2.4.1.1.8 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Se caracteriza por una disminución progresiva, generalmente irreversible, del filtrado glomerular, y clínicamente se manifiesta en un conjunto de síntomas que constituyen la uremia. Habitualmente se debe a glomerulonefritis, enfermedades tubulointersticiales, nefropatías vasculares, diabetes y poliquistosis renal.

Los signos y síntomas de la uremia son: generales (debilidad, fatiga), gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, hipo, trastornos del gusto), cutáneos (prurito, palidez, hiperpigmentación), genitourinarios (poliuria, polidipsia, nicturia), y cardiovasculares (edemas, extremidades intranquilas, parestesias, calambres, contracciones musculares). (Grau y Ortiz, 2001)

2.4.1.2 ENFERMEDADES CON TRASTORNOS ORTOPÉDICOS Y NEUROLÓGICOS

Los trastornos ortopédicos afectan a los huesos, las articulaciones, las extremidades y los músculos, mientras que los trastornos del sistema nervioso (neurológicos) afectan a la capacidad de mover, utilizar, sentir, y controlar ciertas partes del cuerpo. Ambos trastornos, aunque distintos e independientes, pueden ocasionar limitaciones similares en la movilidad del sujeto, y, asimismo, se hallan estrechamente interrelacionados.

2.4.1.2.1 ESPINA BIFIDA

Es una malformación congénita de las vértebras que contienen la médula espinal, que se manifiesta en una falta de cierre o fusión de uno o varios arcos vertebrales posteriores, con o sin protusión meníngea medular, y que produce un desarrollo anormal de una porción de la médula y de los nervios que controlan los músculos y las sensaciones de la parte inferior del cuerpo.

2.4.1.2.2 LESIONES DE MÉDULA ESPINAL

Están provocadas por accidentes de tráfico o caídas, y se describen por medio de letras y números que indican la localización de la lesión. Estas lesiones producen parálisis e insensibilidad por debajo del nivel en el que ocurren, y, mientras más alto se produzca y más afecten a la médula, mayor es la lesión producida.

2.4.1.2.3 LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CEREBRO

Las causas más comunes de traumatismos craneales son los accidentes de tráfico, (coche, moto y bicicleta), caídas, heridas y malos tratos. Los traumatismos craneales severos ocasionan coma, en el que el individuo permanece durante un tiempo sin que los estímulos le puedan despertar. Los síntomas pueden ser pasajeros o permanentes, y pueden tener trastornos cognitivos, de lenguaje, de memoria, de la percepción, motrices y emocionales (agresividad o apatía); asimismo, pueden sufrir

ataques de epilepsia, cefalea y fatiga crónica y tienen problemas de aprendizaje, de conducta y de adaptación social. Estos niños requieren programas de rehabilitación cognitiva de la memoria, del lenguaje y necesitan adaptaciones curriculares.

Los alumnos con lesiones cerebrales regresan al colegio con los déficits provocados por sus lesiones, a los que hay que sumar la ausencia prolongada a la escuela.

2.4.1.2.4 NEUROFIBROMATOSIS

Es un grupo de afecciones genéticas derivadas de un mal desarrollo de la parte del embrión que origina el sistema nervioso y la piel, aunque en la mitad de los casos se produce por mutación espontánea. La enfermedad se puede limitar a manifestaciones cutáneas o neurológicas.

Las manifestaciones cutáneas más frecuentes son manchas de color café con leche, que solo muy excepcionalmente se malignizan, y que pueden crecer mucho y causar desfiguraciones o deformaciones. El mayor problema es estético y el tratamiento quirúrgico de estas lesiones es poco satisfactorio.

Las manifestaciones neurológicas más frecuentes son formación de tumores en los nervios, agrandamiento del cráneo, deformación de los huesos de las facies, de la base del cráneo y del raquis, y pérdida de audición. Pueden desarrollar tumores en el parénquima cerebral, la médula, el nervio óptico, en las raíces nerviosas y en los nervios paravertebrales, que pueden malignizarse a cualquier edad. Además de las manifestaciones cutáneas y neurológicas, pueden tener hipertensión a cualquier edad. (Grau y Ortiz, 2001)

2.4.1.2.5 DISTROFIA MUSCULAR

Es el nombre que se da a un grupo de enfermedades (distrofia muscular progresiva maligna, distrofia muscular progresiva benigna y la muscular Facio-escapulo-humoral) que, en la mayoría de los casos, están genéticamente determinadas. Estas enfermedades causan un daño gradual en la musculatura que provoca pérdida de fuerza y deformaciones.

Los niños con distrofia muscular suelen encontrar dificultades para ponerse de pie, después de estar tumbados o de jugar en el suelo, y se caen con facilidad. Hacia los 10 o

14 años, pierden la capacidad de andar. La musculatura de la columna y la de los hombros y caderas es la que más frecuentemente se daña, mientras que la de los músculos pequeños de las manos y los dedos son los últimos afectados.

Los primeros signos clínicos de pérdida de fuerza muscular son: dificultad para dar saltos, andar contoneándose y dificultad para levantarse del suelo. Los últimos signos son: dificultad para levantarse de una silla, incapacidad para subir una escalera y marcha con las piernas muy separadas y con dificultad de balancearse.

Suelen tener problemas cardiacos y respiratorios. Se puede facilitar la respiración mejorando la postura, con ejercicios de respiración diafragmática, mediante el uso de algunos aparatos recomendados por el médico.

2.4.1.2.6 OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

Es una enfermedad hereditaria, en la que el sistema óseo no se desarrolla normalmente y afecta a los huesos produciendo fragilidad y roturas. Estos niños suelen desplazarse en silla de ruedas, aunque pueden andar trechos cortos con ayuda de abrazaderas, muletas y andadores. Son niños frágiles que necesitan protección y que permanecen largos periodos hospitalizados para someterse a intervenciones quirúrgicas.(Grau y Ortiz 2001)

Una vez identificadas una parte de las enfermedades que padecen los niños hospitalizados, su definición, signos y síntomas, se podrá tener un mayor acercamiento y entendimiento a su padecimiento, de esa manera si la situación así lo permite, poder proceder a trabajar con ellos de una forma interdisciplinaria, para ayudarlos a salir de la mejor manera posible.

El pedagogo hospitalario puede bien transformarse en tutor de resiliencia promoviendo el fortalecimiento del *yo soy, yo estoy, yo puedo y yo tengo*, dando como resultado un afrontamiento positivo a la situación de enfermedad, tanto del paciente como de la familia, y por consecuencia permitirá afrontarla con una mejor calidad de vida, propiciando un estado de bienestar individual y familiar.

CAPITULO 3

DESARROLLO EVOLUTIVO

Una vez considerado por lo que pasa el alumno – paciente, también es necesario saber por la etapa en la que esta y a partir de ello poder brindarles los conocimientos, y platicas acordes a su edad para que lo entienda y asimile de la mejor manera, acercarle la información de acuerdo a la etapa evolutiva por la que atraviesa. Ya que se tenga y conozca en qué etapa se encuentra poder revisar el PEP y conocer cuáles son las áreas de oportunidad para ayudar al niño.

Como humanos, durante un periodo de pocos años después de nacer, progresamos hasta alcanzar una extraordinaria habilidad para comunicarnos por medio del lenguaje, utilizar e inventar instrumentos de solución de problemas, comprometernos en acciones flexibles de cooperación con otros, aprovecharnos de la experiencia y de las invenciones de nuestros antepasados, enseñar y aprender de los demás, y planificar lejanos acontecimientos futuros. Reflexionamos sobre las perspectivas de otros seres humanos, analizamos nuestro pasado y nuestra situación.

Los investigadores han estudiado durante siglos problemas relacionados con el desarrollo humano, para conocer en qué consisten nuestras destrezas y actividades específicamente humanas, así como las que podemos tener en común con otros animales. ¿Cómo se transforman tan rápidamente las destrezas inmaduras y las características de los recién nacidos en las de un ser que posee asombrosas capacidades humanas?

La respuesta a esta pregunta tiene que ver con la esencia, educación, y naturaleza de la educación humana. El estudio del desarrollo humano se ha enfatizado al tema de la relación entre las actividades de los individuos y las características del medio desde perspectivas múltiples.

La concepción de que el desarrollo evolutivo del hombre está socialmente condicionado no significa en absoluto que el proceso de desarrollo pueda ser reducido a un simple acopio de conocimientos y hábitos. El hecho de tener en cuenta la naturaleza social del desarrollo psíquico permite comprender la complejidad y el carácter

multifacético de este proceso, pues solo con ese enfoque el desarrollo aparece no como la maduración o el aumento cuantitativo de unas u otras funciones, sino como el desarrollo del hombre en su conjunto, es decir, como el desarrollo de la personalidad.

El aspecto fundamental y determinante del desarrollo del niño en el proceso de enseñanza lo constituye la complejización de los conocimientos y modos de la actividad. Muchos investigadores han demostrado en nuestra época que modificando el contenido de la enseñanza, es decir, de los conocimientos y modos de actividad que se transmiten al niño es posible modificar también sustancialmente su desarrollo.

El concepto de desarrollo utilizado se refiere a las transformaciones de tipo cualitativo (y también cuantitativo) que permiten a la persona abordar más eficazmente los problemas de la vida cotidiana, dependiendo, para definir y resolver dichos problemas, de los recursos y apoyos que le aportan las personas con quienes interactúa y las prácticas culturales. El desarrollo infantil implica la apropiación de los instrumentos y habilidades intelectuales de la comunidad cultural que rodea al niño.

La dirección del desarrollo está canalizada por dotaciones tanto específicas como universales, de características humanas físicas y sociales. Esto es, todos los humanos comparten características universales debido a la herencia biológica y cultural que como especie tenemos en común y, al mismo tiempo cada uno de nosotros varía en función de sus circunstancias físicas e interpersonales.

Para comprender el desarrollo, es esencial tener en cuenta tanto las semejanzas culturales y biológicas que subyacen a individuos y grupos, como las diferencias que existen entre ellos.

En lo que se refiere en el punto educativo es necesario tener en cuenta el desarrollo o proceso por el que está pasando de cada uno de los niños hospitalizados, saber sobre que parte hemos de actuar según la edad, y como debidamente hacerlo; por consiguiente veremos a Jean Piaget y Lev Vygotsky, de entre varios importantes, que se dedicaron al estudio del desarrollo y evolución de los infantes, para comprender mejor en qué etapa y por lo que están pasando los pacientes – alumnos.

3.1 Características infantiles y procesos de aprendizaje

Al ingresar a la escuela, las niñas y los niños tienen conocimientos, creencias y suposiciones sobre el mundo que los rodea, las relaciones entre las personas y el comportamiento que se espera de ellos, y han desarrollado, con diferente grado de avance, competencias que serán esenciales para su desenvolvimiento en la vida escolar.

A cualquier edad, los seres humanos *construyen* su conocimiento; es decir, hacen suyos saberes nuevos cuando los pueden relacionar con lo que ya sabían. Esta relación puede tomar distintas formas: confirma una idea previa y la precisa; la extiende y profundiza su alcance, o bien modifica algunos elementos al mostrar su insuficiencia; conduce a quien aprende a convencerse de que es errónea y a adoptar una noción distinta, que le permite tener más coherencia y mayor posibilidad de explicación.

Este mecanismo de aprendizaje es el que produce la comprensión y permite que el saber se convierta en parte de una competencia que utilizamos para pensar, hacer frente a nuevos retos cognitivos, actuar y relacionarnos con los demás.

En la educación preescolar suelen darse formas de intervención que parten de concepciones en que se asume que la educación es producto de una relación entre los adultos que saben y las niñas y los niños que no saben; sin embargo, hoy se reconoce el papel relevante que tienen las relaciones entre iguales en el aprendizaje. Al respecto se señalan dos nociones: los *procesos mentales* como producto del intercambio y de la relación con otros, y el *desarrollo* como un proceso interpretativo y colectivo en el cual las niñas y los niños participan activamente en un mundo social en que se desenvuelven y que está lleno de significados definidos por la cultura.

Cuando las niñas y los niños se enfrentan a situaciones que les imponen retos y demandan que colaboren entre sí, conversen, busquen y prueben distintos procedimientos y tomen decisiones, ponen en práctica la reflexión, el diálogo y la argumentación, capacidades que contribuyen al desarrollo cognitivo y del lenguaje. La participación de la educadora consistirá en propiciar experiencias que fomenten diversas dinámicas de relación en el grupo escolar, mediante la interacción entre pares (en pequeños grupos y/o el grupo en su conjunto). En otros casos, su sensibilidad le permite

identificar los intercambios que surgen por iniciativa de las niñas y los niños e intervenir para alentar su fluidez y sus aportes cognitivos.

En estas oportunidades, los alumnos encuentran grandes posibilidades de apoyarse, compartir lo que saben y aprender a trabajar de forma colaborativa.

El juego tiene múltiples manifestaciones y funciones, ya que es una forma de actividad que permite a los niños la expresión de su energía y de su necesidad de movimiento, al adquirir formas complejas que propician el desarrollo de competencias.

En el juego no sólo varían la complejidad y el sentido, sino también la forma de participación: individual (en que se pueden alcanzar altos niveles de concentración, elaboración y “verbalización interna”), en parejas (se facilitan por la cercanía y compatibilidad personal), y colectivos (exigen mayor autorregulación y aceptación de las reglas y sus resultados).

Las niñas y los niños recorren esta gama a cualquier edad, aunque se observa una pauta de temporalidad que muestra que los alumnos más pequeños practican con más frecuencia el juego individual o de participación más reducida y no regulada.

La educación preescolar como espacio de socialización y aprendizaje tiene un papel importante en el reconocimiento de las capacidades de niñas y niños. En este sentido, el principio de equidad se concreta cuando las prácticas educativas promueven su participación equitativa en todo tipo de actividades: jugar con pelotas, correr durante el recreo o en otros momentos, trepar, organizar los materiales en el aula y colaborar para limpiar las áreas de trabajo, manipular instrumentos en situaciones experimentales, asumir distintos roles en los juegos de simulación, tomar decisiones y, sobre todo, hablar y expresar ideas en la clase que son, entre otras, actividades en las que mujeres y hombres deben participar por igual, porque este tipo de experiencias fomentan la convivencia y es donde aprenden a ser solidarios, tolerantes, a actuar en colaboración, a rechazar los estereotipos sociales y la discriminación

3.2 PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR.- CAMPOS FORMATIVOS

Los procesos de desarrollo y aprendizaje infantil tienen un carácter integral y dinámico basado en la interacción de factores internos (biológicos y psicológicos) y externos (sociales y culturales); sólo por razones de orden analítico o metodológico se distinguen campos del desarrollo, porque en la realidad éstos se influyen mutuamente; por ejemplo, cuando los bebés gatean o caminan se extiende su capacidad de explorar el mundo y ello impacta su desarrollo cognitivo; lo mismo sucede cuando empiezan a hablar, porque mediante el lenguaje amplían sus ámbitos de interacción y relaciones sociales, lo que a su vez acelera el desarrollo del lenguaje.

Asimismo, al participar en experiencias educativas, las niñas y los niños ponen en práctica un conjunto de capacidades de distinto orden (afectivo y social, cognitivo y de lenguaje, físico y motriz) que se refuerzan entre sí. En general, y simultáneamente, los aprendizajes abarcan distintos campos del desarrollo humano; sin embargo, según el tipo de actividades en que participen, el aprendizaje puede concentrarse de manera particular en algún campo específico.

El programa de educación preescolar se organiza en seis *campos formativos*, denominados así porque en sus planteamientos se destaca no sólo la interrelación entre el desarrollo y el aprendizaje, sino el papel relevante que tiene la intervención docente para lograr que los tipos de actividades en que participen las niñas y los niños constituyan experiencias educativas.

Los campos formativos permiten identificar en qué aspectos del desarrollo y del aprendizaje se concentran (lenguaje, pensamiento matemático, mundo natural y social, etcétera) y constituyen los cimientos de aprendizajes más formales y específicos que los alumnos estarán en condiciones de construir conforme avanzan en su trayecto escolar, y que se relacionan con las disciplinas en que se organiza el trabajo en la educación primaria y la secundaria.

Los campos formativos facilitan a la educadora tener intenciones educativas claras (qué competencias y aprendizajes pretende promover en sus alumnos) y centrar su atención en las experiencias que es importante que proponga.

Cada campo formativo incluye aspectos que se señalan enseguida.

Lenguaje y comunicación

- Lenguaje oral.
- Lenguaje escrito.

Pensamiento matemático

- Número.
- Forma, espacio y medida.

Exploración y conocimiento del mundo

- Mundo natural.
- Cultura y vida social.

Desarrollo físico y salud

- Coordinación, fuerza y equilibrio.
- Promoción de la salud.

Desarrollo personal y social

- Identidad personal.
- Relaciones interpersonales.

Expresión y apreciación artísticas

- Expresión y apreciación musical.
- Expresión corporal y apreciación de la danza.
- Expresión y apreciación visual.
- Expresión dramática y apreciación teatral.

En la presentación de cada campo formativo se identifican los siguientes componentes:

a) Información básica sobre características generales de los procesos de desarrollo y aprendizaje que experimentan niñas y niños en relación con cada campo, así como los logros que, en términos generales, han alcanzado al ingresar a la educación preescolar.

En función de estos rasgos se explica el enfoque para el trabajo docente con cada campo formativo, destacando criterios didácticos a considerar, según el caso.

b) Competencias, que corresponden a los aspectos en que se organiza cada campo.

c) Aprendizajes esperados, que definen lo que se espera de cada alumno en términos de saber, saber hacer y saber ser; le dan concreción al trabajo docente, al hacer constatable lo que las niñas y los niños logran, y constituyen un referente para la planificación y la evaluación en el aula; gradúan progresivamente las competencias que los alumnos deben alcanzar para acceder a conocimientos cada vez más complejos, y son una guía para la observación y la evaluación formativa de los alumnos

3.2.1 Lenguaje y comunicación

El lenguaje es una actividad comunicativa, cognitiva y reflexiva para integrarse y acceder al conocimiento de otras culturas, interactuar en sociedad y aprender; se usa para establecer relaciones interpersonales, expresar sensaciones, emociones, sentimientos y deseos; intercambiar, confrontar, defender y proponer ideas y opiniones, y valorar las de otros; obtener y dar información diversa, y tratar de convencer a otros. Con el lenguaje, el ser humano representa el mundo que le rodea, participa en la construcción del conocimiento, organiza su pensamiento, desarrolla la creatividad y la imaginación, y reflexiona sobre la creación discursiva e intelectual propia y la de otros.

En las primeras interacciones con quienes les cuidan, los pequeños escuchan palabras, expresiones y experimentan sensaciones que les provocan las formas de trato y reaccionan mediante la risa, el llanto, los gestos y los balbuceos; a partir de estas formas de interacción van familiarizándose con las palabras, la fonética, el ritmo y la tonalidad de la lengua que aprenden, así como con la comprensión del significado de las palabras y las expresiones.

Para enriquecer su lenguaje, los más pequeños requieren oportunidades de hablar y escuchar en intercambios directos con la educadora; los cantos, las rimas, los juegos, los cuentos son elementos no sólo muy atractivos sino adecuados para las primeras experiencias escolares (esto es válido para niños pequeños y también para quienes han tenido pocas oportunidades en sus ambientes familiares).

Las capacidades de habla y escucha de los alumnos se fortalecen cuando se tienen múltiples oportunidades de participar en situaciones en las que hacen uso de la palabra con diversas intenciones.

LENGUAJE ORAL	LENGUAJE ESCRITO
Obtiene y comparte información mediante diversas formas de expresión oral.	Utiliza textos diversos en actividades guiadas o por iniciativa propia, e identifica para qué sirven.
Utiliza el lenguaje para regular su conducta en distintos tipos de interacción con los demás.	Expresa gráficamente las ideas que quiere comunicar y las verbaliza para construir un texto escrito con ayuda de alguien
Escucha y cuenta relatos literarios que forman parte de la tradición oral.	Interpreta o infiere el contenido de textos a partir del conocimiento que tiene de los diversos portadores y del sistema de escritura.
Aprecia la diversidad lingüística de su región y su cultura.	Reconoce características del sistema de escritura al utilizar recursos propios (marcas, grafías, letras) para expresar por escrito sus ideas.
	Selecciona, interpreta y recrea cuentos, leyendas y poemas, y reconoce algunas de sus características.

(Tomado de PEP, 2004)

3.2.2 PENSAMIENTO MATEMATICO

Los fundamentos del pensamiento matemático están presentes desde edades tempranas. Como consecuencia de los procesos de desarrollo y de las experiencias que viven al interactuar con su entorno, las niñas y los niños desarrollan nociones numéricas, espaciales y temporales que les permiten avanzar en la construcción de nociones matemáticas más complejas. Desde muy pequeños pueden establecer relaciones de equivalencia, igualdad y desigualdad (por ejemplo, dónde hay más o menos objetos); se dan cuenta de que “agregar hace más” y “quitar hace menos”, y distinguen entre objetos

grandes y pequeños. Sus juicios parecen ser genuinamente cuantitativos y los expresan de diversas maneras en situaciones de su vida cotidiana.

El ambiente natural, cultural y social en que viven los provee de experiencias que, de manera espontánea, los llevan a realizar actividades de conteo, que son una herramienta básica del pensamiento matemático. En sus juegos o en otras actividades separan objetos, reparten dulces o juguetes entre sus amigos; cuando realizan estas acciones, y aunque no son conscientes de ello, empiezan a poner en práctica de manera implícita e incipiente, los principios del conteo que se describen enseguida.

- a) *Correspondencia uno a uno.* Contar todos los objetos de una colección una y sólo una vez, estableciendo la correspondencia entre el objeto y el número que le corresponde en la secuencia numérica.
- b) *Irrelevancia del orden.* El orden en que se cuenten los elementos no influye para determinar cuántos objetos tiene la colección; por ejemplo, si se cuentan de derecha a izquierda o viceversa.
- c) *Orden estable.* Contar requiere repetir los nombres de los números en el mismo orden cada vez; es decir, el orden de la serie numérica siempre es el mismo: 1, 2, 3...
- d) *Cardinalidad.* Comprender que el último número nombrado es el que indica cuántos objetos tiene una colección.
- e) *Abstracción.* El número en una serie es independiente de cualquiera de las cualidades de los objetos que se están contando; es decir, que las reglas para contar una serie de objetos iguales son las mismas para contar una serie de objetos de distinta naturaleza: canicas y piedras; zapatos, calcetines y agujetas

La *abstracción numérica* y el *razonamiento numérico* son dos habilidades básicas que los pequeños pueden adquirir y son fundamentales en este campo formativo. La abstracción numérica se refiere a procesos por los que perciben y representan el valor numérico en una colección de objetos, mientras que el razonamiento numérico permite inferir los resultados al transformar datos numéricos en apego a las relaciones que puedan establecerse entre ellos en una situación problemática

NÚMERO	FORMA, ESPACIO Y MEDIDA
Utiliza los números en situaciones variadas que implican poner en práctica los principios del conteo.	Construye sistemas de referencia en relación con la ubicación espacial.
Resuelve problemas en situaciones que le son familiares y que implican agregar, reunir, quitar, igualar, comparar y repartir objetos.	Identifica regularidades en una secuencia, a partir de criterios de repetición, crecimiento y ordenamiento. Construye objetos y figuras geométricas tomando en cuenta sus características.
Reúne información sobre criterios acordados, representa gráficamente dicha información y la interpreta.	Utiliza unidades no convencionales para resolver problemas que implican medir magnitudes de longitud, capacidad, peso y tiempo, e identifica para qué sirven algunos instrumentos de medición.

Tomado de (PEP, 2004)

3.2.3 EXPLORACION Y CONOCIMIENTO DEL MUNDO

La definición del campo formativo se basa en el reconocimiento de que niñas y niños, por el contacto directo con su ambiente natural y familiar y las experiencias vividas en él, han desarrollado capacidades de razonamiento para entender y explicarse, a su manera, las cosas que pasan a su alrededor. La curiosidad espontánea y sin límites y la capacidad de asombro que los caracteriza, los lleva a preguntar constantemente cómo y por qué ocurren los fenómenos naturales y otros acontecimientos que llaman su atención, y a observar y explorar cuanto puede usando los medios que tienen a su alcance.

Desde edades tempranas, las niñas y los niños se forman ideas propias acerca de su mundo inmediato, tanto en lo que se refiere a la naturaleza como a la vida social. Estas ideas les ayudan a explicarse aspectos particulares de la realidad y a darle sentido, así como a hacer distinciones fundamentales; por ejemplo, reconocer entre lo natural y lo no natural, entre lo vivo y lo no vivo, entre plantas y animales. También empiezan a reconocer los papeles que desempeñan los integrantes de su familia; los rasgos que caracterizan sus formas de vida a partir de las actividades que se hacen con regularidad y a entender para qué sirven los medios de comunicación, entre otras muchas cosas.

Las creencias que dan forma a estos conceptos no están aisladas sino interconectadas en el conjunto de representaciones mentales que los pequeños se han formado acerca de los eventos y acontecimientos cotidianos en que están involucrados.

El trabajo en este campo formativo es propicio para poner en juego la observación, la formulación de preguntas, la resolución de problemas (mediante la experimentación o la indagación por diversas vías), y la elaboración de explicaciones, inferencias y argumentos sustentados en experiencias directas que les ayudan a avanzar y construir nuevos aprendizajes sobre la base de los conocimientos que poseen y de la nueva información que incorporan.

El conocimiento y la comprensión que las niñas y los niños logran sobre el mundo natural los sensibiliza, fomenta una actitud reflexiva sobre la importancia del aprovechamiento adecuado de los recursos naturales y orienta su participación en el cuidado y la preservación del ambiente.

En relación con el conocimiento y la comprensión del mundo social, este campo formativo se orienta a los aprendizajes que los alumnos pueden lograr sobre su cultura familiar y la de su comunidad. La comprensión de la diversidad cultural, lingüística y social (costumbres, tradiciones, formas de hablar y de relacionarse), así como de los factores que hacen posible la vida en sociedad (normas de convivencia, derechos y responsabilidades, los servicios, el trabajo), son algunas nociones que se propician mediante el trabajo pedagógico en este campo formativo.

MUNDO NATURAL	CULTURA Y VIDA SOCIAL
Observa características relevantes de elementos del medio y de fenómenos que ocurren en la naturaleza; distingue semejanzas y diferencias, y las describe con sus propias palabras.	Establece relaciones entre el presente y el pasado de su familia y comunidad a partir de objetos, situaciones cotidianas y prácticas culturales.
Busca soluciones y respuestas a problemas y preguntas sobre el mundo natural.	Distingue algunas expresiones de la cultura propia y de otras, y muestra respeto hacia la diversidad.
Formula suposiciones argumentadas sobre fenómenos y procesos	Participa en actividades que le hacen comprender la importancia de la acción humana en el mejoramiento de la vida familiar, en la escuela y en la comunidad
Entiende en qué consiste un experimento y anticipa lo que puede suceder cuando aplica uno de ellos para poner a prueba una idea	
Identifica y usa medios a su alcance para obtener, registrar y comunicar información.	
Participa en acciones de cuidado de la naturaleza, la valora y muestra sensibilidad y comprensión sobre la necesidad de preservarla.	

(Tomado de PEP, 2004)

3.2.4 DESARROLLO FISICO Y SALUD

El desarrollo físico es un proceso en el que intervienen factores como la información genética, la actividad motriz, el estado de salud, la nutrición, las costumbres en la alimentación y el bienestar emocional. En conjunto, la influencia de estos factores se manifiesta en el crecimiento y en las variaciones en los ritmos de desarrollo individual. En el desarrollo físico de las niñas y de los niños están involucrados el movimiento y la locomoción, la estabilidad y el equilibrio, la manipulación, la proyección y la recepción, consideradas como capacidades motrices básicas.

En los primeros años de vida se producen cambios notables en relación con el desarrollo motor. Los pequeños se mueven y exploran el mundo porque tienen deseos de conocerlo y en este proceso la percepción, a través de los sentidos, tiene un papel importante; transitan de una situación de total dependencia a una progresiva autonomía; pasan del movimiento incontrolado al autocontrol del cuerpo, a dirigir la actividad física y a enfocar la atención hacia determinadas tareas. Estos cambios se relacionan con los *procesos madurativos del cerebro* que se dan en cada individuo y con las experiencias que las niñas y los niños viven en los ambientes donde se desenvuelven.

Las capacidades motrices gruesas y finas se desarrollan rápidamente cuando las niñas y los niños se hacen más conscientes de su propio cuerpo, y empiezan a darse cuenta de lo que pueden hacer; disfrutan desplazándose y corriendo en cualquier sitio “se atreven” a enfrentar nuevos desafíos en los que ponen a prueba sus capacidades (por ejemplo, experimentan saltando de diversas alturas, realizando acrobacias, etc.), y ello les permite ampliar su competencia física, al tiempo que experimentan sentimientos de logro y actitudes de perseverancia. El movimiento durante el juego estimula el desarrollo de las capacidades perceptivo-motrices (temporalidad, espacialidad, lateralidad, ritmo, equilibrio, coordinación). En estos procesos no sólo movilizan las capacidades motrices sino las cognitivas y afectivas.

Cuando las niñas y los niños llegan a la educación preescolar en general han alcanzado altos niveles de logro: coordinan los movimientos de su cuerpo y mantienen el equilibrio, caminan, corren, trepan; manejan con cierta destreza algunos objetos e instrumentos mediante los cuales construyen juguetes u otro tipo de objetos (con piezas de distintos tamaños que ensamblan, y materiales diversos), o representan y crean imágenes y símbolos (con un lápiz, pintura, una vara que ayuda a trazar sobre la tierra, etc.); sin embargo, no hay que olvidar que existen niñas y niños para quienes las oportunidades de juego y convivencia con sus pares son limitadas en su ambiente familiar, porque pasan una buena parte del tiempo solos en casa, en espacios reducidos y realizando actividades sedentarias, como ver televisión; porque acompañan y ayudan a su madre o su padre en el trabajo, o bien porque tienen necesidades educativas especiales. En particular para quienes viven en esas condiciones, la escuela es el espacio idóneo y seguro para brindar oportunidades de juego, movimiento y actividad compartida.

La intervención educativa en relación con el desarrollo físico debe propiciar que los alumnos amplíen sus capacidades de control y conciencia corporal (capacidad de identificar y utilizar distintas partes de su cuerpo y comprender sus funciones), que experimenten diversos movimientos y la expresión corporal. Proponer actividades de juego que demanden centrar la atención por tiempos cada vez más prolongados, planear situaciones y tomar decisiones en equipos para realizar determinadas tareas, asumir distintos roles y responsabilidades, y actuar bajo reglas acordadas, son situaciones que contribuyen al fortalecimiento del desarrollo motor y que los pequeños disfrutan, porque representan retos que pueden resolver en colaboración.

COORDINACION, FUERZA Y EQUILIBRIO	PROMOCION DE LA SALUD
Mantiene el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.	Práctica medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.
Utiliza objetos e instrumentos de trabajo que le permiten resolver problemas y realizar actividades diversas.	Reconoce situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresa lo que siente.

(Tomado de PEP, 2004)

3.2.5 DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL

Este campo se refiere a las actitudes y capacidades relacionadas con el proceso de construcción de la identidad personal y de las competencias emocionales y sociales. La comprensión y regulación de las emociones y la capacidad para establecer relaciones interpersonales son procesos estrechamente relacionados, en los cuales las niñas y los niños logran un dominio gradual como parte de su desarrollo personal y social. Los procesos de construcción de la identidad, desarrollo afectivo y de socialización se inician en la familia. Al respecto, las investigaciones actuales han demostrado que las niñas y los niños desde edad temprana desarrollan la capacidad para percibir e interpretar las intenciones, los estados emocionales de los otros y actuar en consecuencia; es decir,

en un marco de interacciones y relaciones sociales; transitan, por ejemplo, de llorar cuando sienten una necesidad –que los adultos interpretan y satisfacen– a aprender a expresar de diversas maneras lo que sienten y desean.

El lenguaje juega un papel importante en estos procesos, porque la progresión en su dominio por parte de los pequeños les permite construir representaciones mentales, expresar y dar nombre a lo que perciben, sienten y captan de los demás, así como a lo que los otros esperan de ellos.

La construcción de la identidad personal en las niñas y los niños implica la formación del auto concepto (idea que están desarrollando sobre sí mismos, en relación con sus características físicas, sus cualidades y limitaciones, el reconocimiento de su imagen y de su cuerpo) y la autoestima (reconocimiento y valoración de sus propias características y de sus capacidades), sobre todo cuando tienen la oportunidad de experimentar satisfacción al realizar una tarea que les representa desafíos. En este proceso están empezando a entender cosas que los hacen únicos, a reconocerse a sí mismos por sus rasgos físicos y las características que los hacen especiales, a entender algunos aspectos relacionados con el género que distingue a mujeres y hombres, como las características físicas, la apariencia o el comportamiento, pero también las que los hacen semejantes; a compararse con otros, a explorar y conocer su propia cultura y la de otros; a expresar ideas sobre sí mismos y escuchar las de otros; a identificar diferentes formas de trabajar y jugar en situaciones de interacción con sus pares y adultos, y también a aprender formas de comportamiento y de relación.

Las emociones, la conducta y el aprendizaje están influidos por los contextos familiar, escolar y social en que se desenvuelven las niñas y los niños, por lo que aprender a regularlos les implica retos distintos. En cada contexto aprenden formas diferentes de relacionarse, desarrollan nociones sobre lo que implica ser parte de un grupo y aprenden formas de participación y colaboración al compartir experiencias.

El establecimiento de relaciones interpersonales fortalece la regulación de emociones en los pequeños y fomenta la adopción de conductas pro sociales en las que el juego desempeña un papel relevante por su potencial en el desarrollo de capacidades de verbalización y control, de creación de estrategias para la solución de conflictos, así

como de algunas disposiciones: cooperación, empatía, respeto a la diversidad y participación en grupo.

Las relaciones interpersonales implican procesos en los que intervienen la comunicación, la reciprocidad, los vínculos afectivos, la disposición a asumir responsabilidades y el ejercicio de derechos, factores que influyen en el desarrollo de competencias sociales.

IDENTIDAD PERSONAL	RELACIONES INTERPERSONALES
Reconoce sus cualidades y capacidades y desarrolla su sensibilidad hacia las cualidades y necesidades de otros	Acepta a sus compañeras y compañeros como son, y comprende que todos tienen responsabilidades y los mismos derechos, los ejerce en su vida cotidiana y manifiesta sus ideas cuando percibe que no son respetados.
Actúa gradualmente con mayor confianza y control de acuerdo con criterios, reglas y convenciones externas que regulan su conducta en los diferentes ámbitos en que participa.	Establece relaciones positivas con otros, basadas en el entendimiento, la aceptación, y la empatía.

(Tomado de PEP, 2004)

3.2.6 EXPRESION Y APRECIACION ARTISTICA

Este campo formativo está orientado a potenciar en las niñas y los niños la sensibilidad, la iniciativa, la curiosidad, la espontaneidad, la imaginación, el gusto estético y la creatividad mediante experiencias que propicien la expresión personal a partir de distintos lenguajes, así como el desarrollo de las capacidades necesarias para la interpretación y apreciación de producciones artísticas.

La expresión artística tiene sus raíces en la necesidad de comunicar sentimientos y pensamientos que son “traducidos” mediante el sonido, la imagen, la palabra o el lenguaje corporal, entre otros medios. El pensamiento en el arte implica la interpretación y representación de diversos elementos presentes en la realidad o en la imaginación de quien realiza una actividad creadora. Comunicar ideas mediante lenguajes artísticos significa combinar sensaciones, colores, formas, composiciones, transformar objetos,

establecer analogías, emplear metáforas, improvisar movimientos, recurrir a la imaginación y a la fantasía, etc. El desarrollo de estas capacidades puede propiciarse en las niñas y los niños desde edades tempranas.

La evolución de las formas de expresión que utilizan los bebés para comunicar sus necesidades a quienes están en contacto con ellos, el conocimiento que van logrando de su cuerpo y de su entorno –a partir de la exploración del espacio y la manipulación de objetos–, así como las representaciones mentales que paulatinamente se hacen del entorno en que viven, son procesos mediante los cuales van logrando un mejor conocimiento de ellos mismos y del mundo.

Desde los primeros meses de vida, las niñas y los niños juegan con su cuerpo, centran la atención visual y auditiva en objetos coloridos o sonoros, reaccionan emocionalmente hacia la música y el canto, y se expresan mediante el llanto, la risa y la voz. Conforme crecen y viven experiencias estimulantes, se suman al canto de otros repitiendo las sílabas finales o las palabras familiares, cantan e inventan canciones, se mueven con soltura al escuchar música, imitan movimientos y sonidos de animales y objetos, representan situaciones reales o imaginarias, y por medio del juego simbólico se transforman en personajes o transforman objetos, como cuando usan un palo como caballo.

La mayor parte de las niñas y los niños comienza a cantar imitando a quien escucha hacerlo, repitiendo o transformando fragmentos de tonadas conocidas. Hacia los tres o cuatro años de edad pueden distinguir si las frases son rápidas o lentas, si suben o bajan de intensidad, si incluyen pausas largas o cortas. Aunque no consigan mantener exactamente una nota, pueden dominar el texto y el ritmo de la canción; gustan, además, de utilizar instrumentos para acompañar su canto.

El trabajo pedagógico con la expresión y la apreciación artísticas en la educación preescolar se basa en la creación de oportunidades para que las niñas y los niños hagan su propio trabajo, miren y hablen sobre él y la producción de otros. Las actividades artísticas contribuyen a su desarrollo integral, porque mediante ellas:

- Progresan en sus habilidades motoras y las fortalecen al utilizar materiales, herramientas y recursos diversos, como tijeras, pinceles, crayolas y títeres, entre otros.

- Expresan sus sentimientos y emociones, y aprenden a controlarlos a partir de una acción positiva.

- Desarrollan las habilidades perceptivas como resultado de lo que observan, escuchan, palpan, bailan y expresan al pintar, cantar, bailar, dramatizar o mediante la plástica, la música, la danza y el teatro.

- Tienen oportunidad de elegir y tomar decisiones acerca de qué materiales o colores usar, cómo construir –un muñeco guiñol, un juguete– y cómo pegar piezas de barro entre sí.

- Se dan cuenta de que otros tienen diferentes puntos de vista y formas de expresarse, aunque el motivo de la creación artística sea común. Mientras aprenden que su forma de expresión no es la única, también aprenden a valorar la diversidad.

- Desarrollan la idea de que uno de los medios de acercamiento a la cultura es el arte. Cuando tienen oportunidad de apreciar arte del pasado, pueden tener una idea de sus orígenes y de ellos mismos.

- Experimentan sensaciones de logro. En virtud de que el arte es abierto para quien lo crea, experimentan la satisfacción de sus producciones. Por ello, las actividades artísticas son particularmente valiosas para las niñas y los niños con necesidades educativas especiales.

EXPRESIÓN Y APRECIACIÓN MUSICAL	EXPRESIÓN CORPORAL Y APRECIACIÓN DE LA DANZA
Expresa su sensibilidad, imaginación e inventiva al interpretar canciones y melodías.	Expresa, por medio del cuerpo, sensaciones y emociones en acompañamiento del canto y de la música.
Comunica las sensaciones y los sentimientos que le producen los cantos y la música que escucha.	Explica y comparte con otros las sensaciones y los pensamientos que surgen en él o ella al realizar y presenciar manifestaciones dancísticas.
EXPRESIÓN Y APRECIACIÓN VISUAL	EXPRESION DRAMÁTICA Y APRECIACIÓN TEATRAL
Expresa ideas, sentimientos y fantasías mediante la creación de representaciones visuales, usando técnicas y materiales variados.	Expresa mediante el lenguaje oral, gestual y corporal situaciones reales o imaginarias en representaciones teatrales sencillas
Comunica sentimientos e ideas que surgen en él o ella al contemplar obras pictóricas, escultóricas, arquitectónicas fotográficas y cinematográficas.	Conversa sobre ideas y sentimientos que le surgen al observar representaciones teatrales.

(Tomado de PEP, 2004)

3.3 DESARROLLO EVOLUTIVO DESDE LA VISION DE JEAN PIAGET

Jean Piaget, fue un psicólogo y epistemólogo suizo, nació en Neuchâtel en 1896, y murió en Geneve en 1980.

Es conocido que el surgimiento de la Teoría Genética se remonta a la tercera década del presente siglo, con los trabajos pioneros realizados por Jean Piaget sobre la lógica y el pensamiento verbal de los niños.

La problemática central que inspiró al autor ginebrino a desarrollar esta teoría fue esencialmente de tipo epistémica (¿Cómo se pasa de un cierto nivel de conocimiento a otro de mayor validez?).

Prosiguieron una serie de investigaciones sistemáticas en Psicología Genética realizadas por su fundador y sus colaboradores durante los siguientes cincuenta años – además de otras, de orden netamente epistemológico-, originadas por un interés puramente instrumental o metodológico. Es decir, su principal preocupación era responder científicamente a dicha problemática. Para decirlo en otras palabras, el trabajo de Piaget es sobre todo una teoría que busca describir y explicar la naturaleza del conocimiento y cómo se construye. (Abdías y Sara.2008)

Por otro lado, en Norteamérica a partir de la década de los sesenta comenzó a ser redescubierta la obra piagetiana, debido básicamente a la revuelta cognoscitivista y al auge existente por la búsqueda de innovaciones educativas y curriculares. Dentro de este contexto, se consideró que la Teoría Genética sin duda era especialmente atractiva por las posibilidades que abría en el campo de la educación, en tanto que describe ampliamente cómo es que conocen y aprenden los sujetos, cuáles son los mecanismos intervinientes en dicho proceso y simultáneamente proporciona una explicación detallada sobre los mecanismos del desarrollo intelectual.

A partir de ésta década y en los años posteriores, las aplicaciones e implicaciones al campo de la educación comenzaron a proliferar en forma notable (especialmente en la educación media y superior), desde aquellas interpretaciones o versiones ingenuas y reduccionistas, hasta posturas críticas y reflexivas con una interpretación más objetiva con relación a la utilidad de la teoría en el campo educacional.

Desde el enfoque psicogenético, la educación debe ser entendida como un elemento apropiado para ayudar a potenciar el desarrollo del alumno y promover su autonomía moral o intelectual.

“El principal objetivo de la educación es lograr que los educandos alcancen un pensamiento racional y una autonomía moral e intelectual. La autonomía significa ser gobernado por uno mismo, mientras que la heteronomía es ser regido por los demás. La relevancia de cultivar este aspecto estriba, de acuerdo con Kamii, en que “vivimos en un mundo heterónimo lleno de obediencia ciega y conformidad y no se nos ha educado para que seamos autónomos”.

Piaget explica el proceso de aprendizaje en términos de adquisición de conocimiento. Por eso establece una marcada diferencia entre maduración y aprendizaje, o sea entre lo heredado y lo adquirido por la experiencia.

De acuerdo con la teoría psicogenética, existen dos tipos de aprendizaje: el aprendizaje en sentido amplio (desarrollo) y el aprendizaje en sentido estricto (aprendizaje de datos y de informaciones puntuales: aprendizaje propiamente dicho). El primero predetermina lo que podrá ser aprendido (la lectura de la experiencia viene en gran parte determinada por los esquemas y estructuras que el sujeto provee) y el segundo puede contribuir a lograr avances en el primero, pero sólo como elemento necesario más no suficiente (en oposición a las versiones del aprendizaje asociativo o acumulativo de ciertas aproximaciones empiristas o conductuales). (Abdias y Sara,2008)

Piaget explica el aprendizaje en términos de procesos de asimilación que requieren acomodación por parte del sujeto. Se precisa del equilibrio para lograr inhibir las reacciones perturbadoras originadas por los esquemas anteriores; la función principal del proceso de equilibración es propiciar la reorganización y los ajustes necesarios para aprehender al objeto; éste es el mecanismo que propicia la creación de nuevos esquemas de conocimiento.

Piaget (1989), menciona que en nosotros siempre hay un equilibrio, y desequilibrio, este se da cuando algo fuera de nosotros o en nosotros (en nuestro organismo físico o mental) ha cambiado de tal manera, que se impone un reajuste de la conducta en función de esa transformación. Pone de ejemplo que el hambre y la fatiga hará que la persona busque el alimento o el descanso para satisfacer dichas necesidades y por lo tanto su equilibrio se restablecerá entre el hecho nuevo que desencadenó la necesidad y la organización mental del individuo tal y como se presentaba antes de aquel suceso.

En cada momento, la acción se encuentra desequilibrada por las transformaciones que ocurren en el mundo exterior o interior y cada conducta nueva no solo consiste en restablecer el equilibrio, sino que tiende hacia un equilibrio más estable que el que existía antes de perturbación.

Otro concepto de gran importancia para el autor son los esquemas, ya que el conocimiento es almacenado por medio de éstos, entendiéndolo como “una estructura que permite almacenar conceptos, procedimientos y relaciones que se utilizan para entender y actuar en el mundo”. (Piaget, 1989)

Considera que antes de examinar el desarrollo, se deben establecer de forma general, las necesidades e intereses comunes a todas las edades, incorporar las personas y los objetos a la actividad propia del sujeto, y por consiguiente a “asimilar” el mundo exterior a las estructuras ya construidas y por otro lado reajustar estas en función de las transformaciones sufridas y por consiguiente “acomodarlas” a los objetos externos.

Toda la vida mental como la propia vida orgánica, tiende a asimilar progresivamente, el medio ambiente, y realiza esta incorporación gracias a unas estructuras u órganos psíquicos, cuyo radio de acción, es cada vez más amplio, la percepción y los movimientos elementales dan primero acceso a los objetos próximos en su estadio momentáneo, luego la memoria y la inteligencia prácticas permiten a la vez reconstruir su estadio inmediatamente anterior y anticipar sus próximas transformaciones. El pensamiento intuitivo viene luego a reforzar ambos poderes. La inteligencia lógica, en su forma de operaciones concretas y finalmente de deducción abstracta, termina esta evolución, haciendo al sujeto dueño de los acontecimientos más lejanos, tanto en espacio como en tiempo.

Al asimilar de esa forma los objetos, la acción y el pensamiento se ven obligados a acomodarse a ellos, es decir, a proceder a un reajuste cada vez que hay variación exterior. Puede llamarse “adaptación” al equilibrio psíquico, y el desarrollo mental aparece finalmente, en su organización progresiva, como una adaptación cada vez más precisa a la realidad,

El aprendizaje desde esta perspectiva contempla 4 factores muy importantes: maduración, experiencia, transmisión y equilibrio. La *maduración* en cuanto a la visualización propia como un ser en constante formación, que dependiendo de su tiempo requiere de elementos para enfrentar su contexto y vida, gracias al crecimiento de sus estructuras físicas y mentales, donde ambas redundan en la colaboración de desarrollo de la misma, la *experiencia* que se obtiene de las acciones que el mismo ejerce sobre

objetos o hechos, la *transmisión* de nueva información que le brinda el medio ambiente a sus estructuras previas para procesar y asimilarlo –interiorizarlo- y entonces si transformara gracias a sus operaciones mentales, y *equilibración* como las reorganizaciones internas que le permitan procesar y eliminar conflictos que se originen de la asimilación de la nueva información extra. (Villareal, 1989)

A continuación veremos los diversos estadios por los que atraviesa el niño para su asimilación y acomodación de la información, solo los mencionaremos, ya que la edad que interesa en este trabajo es el preescolar, y en el cual nos enfocaremos

3.3.1 ESTADIO SENSORIO-MOTOR (0 – 2 AÑOS)

A través de una serie de reveladoras pruebas aplicadas a sus tres hijos, Piaget descubre las etapas por las que atraviesa la primera construcción. El comportamiento más temprano no muestra el más rudimentario sentido de los objetos permanentes ni de las mas elementales relaciones de espacio y tiempo. Pero enseguida se advierte el cambio, y el niño mes a mes toma más en cuenta estos caracteres del mundo, hasta tener claramente en su mente un esquema que corresponde a ellos. Lo vemos reconocer diferentes objetos como tales y esperar que permanezcan, que se muevan en el espacio y que manifiesten caracteres y relaciones espaciales. De igual modo, reconoce diferentes sucesos y espera que sigan cierto curso, que algunos de ellos conduzcan a otros, etcétera. La conducta del infante está ahora visiblemente preadaptada a todo esto; vale decir, está controlada por algo que se halla en su mente y que en forma regular anticipa precisamente esos rasgos. Ya se hizo referencia al modo en que se conduce al niño a formar ese esquema de control; aprende mediante la acción y ensaya, a través de la asimilación de todas las diferentes experiencias que de ese modo adquiere y con la constante variación y extensión de sus actividades experimentales. Hacia los 18 meses, la gama y variedad de su comportamiento intencional ya atestiguan la presencia reguladora de esa suerte de modelo del mundo básico.

Con el desarrollo de la inteligencia con la elaboración de un universo exterior que ese desarrollo hace posible, y con la construcción del esquema del “objeto” aparece la “elección del objeto”, es decir, por la objetivación de los sentimientos y su proyección en otras actividades que no son solo las del yo con el progresos de las conductas inteligentes, los sentimientos relacionados con la propia actividad se diferencian y se

multiplican, alegrías y tristezas relacionados con el éxito y el fracaso con los actos intencionales, esfuerzos e intereses o cansancios y falta de interés.

3.3.2 ESTADIO DEL PENSAMIENTO PRE-OPERACIONAL (2 – 7 AÑOS)

Con la aparición del lenguaje, las conductas resultan profundamente modificadas, tanto en su aspecto afectivo como en su aspecto intelectual. El niño adquiere gracias al lenguaje la capacidad de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal. El resultado más claro de la aparición del lenguaje es que permite un intercambio y una comunicación continua entre los individuos

De los dos a los siete años se dan todas las transiciones entre dos formas extremas de pensamiento representadas en cada una de las etapas recorridas en ese periodo, la segunda de las cuales va poco a poco imponiéndose a la primera. La primera de dichas formas es la del pensamiento por mera incorporación o asimilación, cuyo egocentrismo excluye por consiguiente toda objetividad. La segunda es la del pensamiento que se adapta a todos los demás y a la realidad, preparando así el pensamiento lógico.

Ahora extiende y enriquece, elabora, organiza y reorganiza incesantemente su modelo interno del mundo. Lo hace sobre todo a través del juego imaginativo por un lado, y mediante más exploración y experimentación, combinadas con el preguntar, el escuchar y el hablar, por el otro. Las diferentes clases de objetos y sucesos a las que puede reconocer, pre adaptarse, recordar e imaginar aumentan continuamente, mientras que su sentido del tiempo y de las relaciones espaciales y temporales se vuelve más variado y mejor articulado. Sin embargo, la mayoría de las imágenes e ideas detalladas tienden a permanecer vagas e inestables, y su pensamiento no puede apartarse de las situaciones presentes sin perderse.

El interés es la prolongación de las necesidades: es la relación entre un objeto y la necesidad, ya que un objeto es interesante en la medida en que responde a una necesidad. El interés es pues la orientación propia de todo acto de asimilación mental

3.3.3 ESTADIO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS (7 – 12 AÑOS)

Piaget se concentra ahora sobre todo en el estado de las nociones de estructura y en lo que sucede a ellas. De este modo examina cómo progresan los niños en sus nociones de diferentes aspectos del espacio, tiempo, del movimiento y la velocidad, del número y la medida, y de relaciones lógicas elementales tales como las de todo y parte, clases y subclases, orden serial, etc. Mediante numerosos experimentos demuestra que la mayoría de los niños de 4-5 años que tienen una inteligencia media carecen aún de nociones establecidas en cualquiera de estas esferas. Todo está aún en estado de fusión, nada es claro ni está quieto. El tamaño. La forma, la disposición, etc., están mezclados con el número; la distancia y la longitud, con el movimiento; el ritmo del movimiento, con el alcanzar o atrapar, el tiempo con la velocidad, y estos son algunos ejemplos.

Los mismos experimentos, sin embargo, practicados con niños apenas mayores, muestran los comienzos de un notable cambio. Al menos en los casos más simples, estos niños pueden, por ensayo y error, ordenar sus ideas y así obtener los primeros atisbos del verdadero significado de la distancia, la longitud, el número y demás aspectos. De allí en adelante, por lo general se registra un proceso gradual, y luego, tal vez un año después, la escena se transforma. Hacia los 7-8 años los niños manejan la mayoría de las situaciones experimentales concretas como un adulto. Cada uno de los conceptos estructurales básicos es ahora claro y estable. En el lenguaje de Piaget, se ha alcanzado el nivel de "constancia". Esto es, los conceptos de distancia, longitud, número, velocidad, masa, inclusión en clases, etc., representan particularmente algo constante, cualquiera que sea la forma en que se llegue a ellos, como quiera que se los subdivida, en el caso del número, ya esté ordenado en el espacio, concentrado o extendido. Más aún, tenemos conceptos que pueden vincularse en el seno de estructuras mayores, que a su vez tienen el mismo carácter de constancia. De hecho, cuando se integran diversos conjuntos de estos conceptos se forman esquemas distintivos de pensamiento operacional. Esto es, esquemas de razonamiento relacional conexo, ya sea matemático o lógico, los que con el tiempo componen la geometría, aritmética, la matemática en general, la mecánica y los aspectos lógico-formales de todas las demás ciencias. Es posible que se crea que para eso debe recorrerse un largo camino, y de hecho no se logra de forma adecuada hasta que se alcanza la etapa del cabal pensamiento abstracto a los 11-14 años. Lo que Piaget establece, sin embargo, es que los primeros prototipos de estas ideas operacionales, es decir, conceptos que poseen los caracteres mínimos requeridos, están presentes en la

mente de la mayoría de los niños desde los 7-8 años. Así, en ese momento, la estructura básica de su mundo está formada en su pensamiento, no sólo por palabras, sino por ideas funcionales. Por lo tanto pueden concebir, de manera flexible y fructífera, las simples relaciones espaciales cotidianas (distancias, tamaños, etc.) o las relaciones mecánicas, numéricas y lógicas que todos necesitamos constantemente.

3.3.4 ESTADIO DE LAS OPERACIONES FORMALES (DE LOS 12 EN ADELANTE)

Estadio que comprende aproximadamente desde los 12 hasta los 15 años. El sujeto es capaz de reflexionar a partir de premisas, es decir que ya no necesita de la presencia de los objetos. En el estadio de las operaciones concretas, la lógica se aplica sobre los objetos manipulables; en el de las operaciones formales, se aplica sobre el pensamiento, independiente de la acción sobre esos objetos. Ahora discurre sobre hipótesis y proposiciones ya sin requerir de un sostén perceptivo, pues se trata de un razonamiento hipotético-deductivo, que utiliza signos matemáticos o enunciados verbales. Ej.: en el caso que A es más pesado que B, y A es más liviano que C, ¿Cuál es el más liviano de los tres?. Al no estar presentes los objetos, hace falta un razonamiento que no es inmediato para concluir que B es el más liviano de los tres.

Cualquier problema de seriación entre términos que resulta simple para un niño de 8 ó 9 años, formulado en proposiciones se dificulta, no pudiendo resolverlo sino hasta los 12 años aproximadamente, que es cuando se ubica en este estadio

El pensamiento formal, como constitución final de la evolución mental, permite las más vastas conquistas intelectuales del sujeto.

3.4 DESARROLLO EVOLUTIVO DESDE LA VISION DE VIGOTSKY

Lev Semynovitch Vygotsky nació en la ciudad de Orsha, en Bielorrusia, el 5 de noviembre de 1896; cuando tenía aproximadamente 1 año de edad, su familia se mudó a la ciudad de Gomel, en ese mismo país. Esta ciudad estaba dentro del denominado "Pale", un territorio delimitado donde eran confinados los judíos en la Rusia zarista. Allí pasó su infancia y recibió su educación primaria de Salomón Ashpiz, un matemático judío

que había regresado poco tiempo antes del exilio de Siberia. Posteriormente, ingresó en la Facultad de Medicina y, después de un mes de clases, la cambió por Derecho. Volvió a la medicina cuando ya era un psicólogo de renombre, en búsqueda de bases neurofisiológicas para el estudio de la mente que ya venía desarrollando. Se recibió en 1917 en la Universidad de Moscú con especialización en literatura, y enseñó esta disciplina, además de psicología, en Gomel. Mientras desarrollaba esta actividad, fundó la revista literaria *Verask*, en la que publicó su primer trabajo de investigación, reeditado más tarde con el título de *La psicología del arte*.

Los estudios de Vygotsky acerca del desarrollo de la inteligencia y de la cognición en los niños se aproximaron de modo relativo a los de Piaget y se diferenciaron, en cambio, de los presentados por el psicólogo norteamericano Jerome Bruner, Al igual que Piaget, Vygotsky identificó tres niveles principales en el desarrollo del niño.

- 1) De vago sincrético (en el que el niño depende esencialmente de las acciones; identificado con el periodo sensorio motor)
- 2) de los complejos
- 3) del concepto potencial (cuando el adolescente o preadolescente ya se muestra capaz de manejar atributos relevantes de los objetos con los que interacciona, pero sin lograr manipularlos simultáneamente; puede ser parcialmente identificado con la etapa de las operaciones formales). (Antunes, 2000).

Vygotsky propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como la síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia cultural. En sus propios términos expresa “*el proceso de desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y de la concepción del mundo*” (Vygotsky, 1983).

En la interacción social, el niño aprende a regular sus procesos cognitivos a partir de las indicaciones y directrices de los adultos y en general de las personas con quienes interactúa, y es mediante este proceso de interiorización que el niño puede hacer o conocer en un principio sólo gracias a las indicaciones y directrices externas (regulación interpsicológica), para luego transformarse progresivamente en algo que pueda conocer por sí mismo, sin necesidad de ayuda (regulación intrapsicológica). Estos conceptos

referidos a las funciones psicointelectivas conforman la renombrada Ley de la Doble Formación de los Procesos Superiores. (Villareal, 1980)

Las implicaciones de este concepto para un investigador es que al comenzar el análisis del funcionamiento cognitivo, debe hacerlo buscando lo que está fuera del individuo, lugar donde se encontrarán los orígenes de la actividad consciente.

Vygotsky considera que el lenguaje y el pensamiento tiene relaciones funcionales interconectadas, y que en lugar de estudiarlos de forma independiente, deben integrarse sus funciones (estructural y evolutiva) en un mismo análisis denominado “de unidades” que permite considerarlos a ambos y sus interacciones.

Dado que la verdadera comunicación requiere de significado, esta solo puede darse mediante un sistema “mediatizador” de razones, intenciones, experiencias, y pensamientos como lo es el lenguaje. El lenguaje es en este sentido una forma superior de intercambio humano y refleja la realidad de forma conceptualizada; en donde cada palabra en si es la unidad, que integra tanto un significado generalizado como su intercambio social, plasmados en un signo lingüístico.

Vygotsky se da cuenta de que el lenguaje social emerge cuando el niño transfiere formas de comportamiento social a la esfera personal e interior de las funciones psíquicas. Por lo tanto descubre que el lenguaje antes de ser egocéntrico, es meramente social y posteriormente se “interioriza” como lo indica Piaget. De esta forma Vygotsky confirma y complementa estos estudios realizados por Piaget.

Vygotsky de forma experimental reconoce que el desarrollo tanto del pensamiento como del lenguaje se da en el niño a partir de los dos años, además de que el lenguaje no puede ser descubierto sin el pensamiento. También se da cuenta de que el lenguaje en el desarrollo del niño se interioriza de forma psicológica, porque cambia su función, a su vez se da cuenta de que en la interacción del lenguaje con el pensamiento surge el pensamiento verbal, aunque el pensamiento es eminentemente no verbal y el lenguaje es no intelectual. (Vygotsky, 1987)

Para el niño, los nombres nunca son conceptos al inicio; la palabra primaria es una imagen basada en enlaces de complejos: por ejemplo “pata” de mesa, “cuello” de botella, etc. Cuando puede agrupar por conceptos ha llegado al nivel de abstracción, en donde puede aplicarlos y generalizarlos e inclusive sintetizarlos. Es por eso, que solo mediante el dominio de la abstracción y del uso del pensamiento complejo avanzando se llega a la formación de conceptos infantiles y la fuerza que da la dirección en el desarrollo mental.

Vygotsky afirma que “la relación entre el pensamiento y la palabra es un proceso viviente”, en donde tanto el pensamiento como el lenguaje reflejan la realidad con una distinta forma de percepción y son clave en la naturaleza de la conciencia humana.

De acuerdo con el planteamiento dialéctico de Vygotsky, el desarrollo es producto de las interacciones que se establecen entre la persona que aprende y los otros individuos mediadores de la cultura. De tal manera, la educación constituye una de las fuentes más importantes para el desarrollo de los miembros de la especie humana, al privilegiar los vínculos entre los factores sociales, culturales e históricos, y su incidencia sobre el desarrollo intrapsíquico. Su planteamiento central se puede extrapolar a las instituciones sociales, particularmente a la escuela, con sus herramientas, sistemas de símbolos y conceptos.

3.4.1 Zona del desarrollo próximo (ZDP)

Su énfasis se centró en argumentar que los factores genéticos juegan un rol menor en la génesis del desarrollo, mientras que los factores sociales son absolutamente determinantes. Así, es contundente al postular que el desarrollo es un proceso social que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en ese espacio cultural. En tal sentido, este desarrollo es custodiado o asistido por colaboración de terceros y se realiza en torno a la *Zona de Desarrollo Próximo*, zona que define las funciones intelectuales que están en “proceso embrionario o las que todavía no han madurado”. Esta representa un constructo hipotético que expresa la diferencia entre lo que el niño puede lograr independientemente y lo que puede lograr en conjunción con

una persona más competente, mediador en la formación de los conceptos.(Antunes, 2000)

Es la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente el problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.

La ZDP proporciona a psicólogos y docentes un instrumento mediante el cual pueden comprender el curso interno del desarrollo porque utilizando este método podemos tomar en consideración no sólo los ciclos y procesos de maduración que ya se han completado, sino aquellos que se hallan en estado de formación, que están comenzando a madurar y a desarrollarse.

Una total comprensión de la ZDP debería concluir en una nueva evaluación del papel de la imitación en el aprendizaje. Al evaluar el desarrollo mental, sólo se toman en consideración aquellas soluciones que el niño alcanza sin la ayuda de nadie, sin demostraciones ni pistas, en tanto la imitación como el aprendizaje se considera procesos mecánicos sin embargo, Vygotsky observa que esto no es consistente puesto que, por ejemplo, un niño que tuviera dificultades para resolver un problema de aritmética, podría captar rápidamente la solución al ver cómo el profesor lo resuelve en el pizarrón. Aunque si el problema fuera de matemática avanzada, el niño nunca podría acceder a él Vygotsky junto con su equipo de estudio descubrieron la siguiente aseveración:

"Nosotros postulamos que la ZDP es un rasgo esencia del aprendizaje, es decir, el aprendizaje despierta una serie de procesos evolutivos internos capaces de operar sólo cuando el niño está en interacción con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante. Una vez que se han internalizado estos procesos, se convierten en parte, de los logros evolutivos independientes del niño". (Vygotsky, 1987)

En definitiva, la perspectiva de Vygotsky otorga una importancia significativa a la interacción social.

El rasgo esencial de esta posición teórica es la noción de que los procesos evolutivos no coinciden con los procesos del aprendizaje. Por el contrario, el proceso evolutivo va a remolque del proceso de aprendizaje. Esta secuencia, es lo que se convierte en la ZDP. Se altera así la opinión tradicional en la que el niño asimila el

significado de una palabra o domina una operación como puede ser la suma o el lenguaje escrito y se considera que sus procesos evolutivos se han realizado por completo: cuando, de hecho, recién han comenzado.

Existe pues unidad (no identidad) de los procesos de aprendizaje y los del desarrollo interno. Ello presupone que los unos se convierten en los otros. Y aunque el aprendizaje esté directamente relacionado con el desarrollo, éstos no se realizan paralelamente. En la realidad, las relaciones son dinámicas y altamente complejas entre los procesos evolutivos y de aprendizaje, que no pueden verse cercados por ninguna formulación hipotética, invariable. (Vygotsky 1988), A su vez, para el mejor desarrollo de la ZDP, se basa en dos aspectos, para expresar que existe una zona de desarrollo real y otra que es potencial.

Nivel de desarrollo potencial: es el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar con la ayuda de los demás.

Nivel de desarrollo actual: es el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar por sí mismo, sin la ayuda de otras personas.

El aprendizaje a través de la influencia es el factor fundamental de desarrollo.

La enseñanza eficaz es la que a partir del nivel de desarrollo del alumno, lo hace progresar para ampliar y generar nuevas zonas de desarrollo próximo.

<http://www.educar.org/articulos/Freinet.asp>

Para la vasta tarea de atender la higiene mental en los primeros años, debemos confiar en la medicina pediátrica, la cual está comprometida en una forma de protección sanitaria supervisora que comprende tanto el bienestar mental como el físico. El crecimiento corporal y el desarrollo psicológico son inseparables, y los métodos del diagnóstico evolutivo contienen la esencia de una psiquiatría de la primera infancia y del periodo preescolar.(Gessel, 2010)

En el caso de los niños hospitalizados, el convivir o estar con otros pequeños le ayudará a reflexionar o darse cuenta de sus alcances y de lo que puede hacer a la par de observar a los demás y en dado caso, ofrecer su ayuda para sus compañeros, esto le brindará mayor estabilidad y aprendizaje.

Cuando el niño pueda salir de su área de reposo y no exista problema para que se comparta el espacio con otros niños, será de suma importancia, ya que aparte de convivir con alguien de su edad, les permitirá desarrollar otro tipo de habilidades y valores, aunque sea un grupo pequeño, la interacción y el apoyo entre ellos será mayor y más nutrida, ya que entre todos se ayudarán para entender mejor determinado tema que se esté viendo en ese momento.

A fin de comprender a cualquier niño, se debe comprender su desarrollo. Sus maneras de madurar constituyen la suma y la sustancia de su conformación psicosomática. Sólo cuando tomamos conciencia de esas maneras nos es posible planificar los procedimientos de orientación y control adecuados. (Gessel, 2010)

Con los estudios realizados por Piaget y Vygotsky a la par del seguimiento de sus colaboradores, podemos entender de mejor manera el desarrollo de los pequeños dentro del hospital, y es necesario tomarlo en cuenta para comprender que actividades poder realizar con ellos, para no saturarlos, y a su vez dentro de esas actividades brindarles fortaleza para seguir adelante.

El tomar en cuenta a estos dos autores, da una visión más amplia de lo que es el desarrollo evolutivo, pero sin duda nos plantea de una manera más fácil el conocimiento de la etapa en la que se encuentran nuestros alumnos y la mejor manera de tratarlos, ya que gracias a ellos saber qué tipo de información poder proporcionarles y la manera en que ellos la puedan entender.

De esta manera ofrecerle al niño la información necesaria sobre su enfermedad y ayudarle a salir lo mejor y menos lastimado posible con la ayuda de la resiliencia, que ofrece benéficos para salir de situaciones complicadas.

CAPITULO 4

DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE RESILIENCIA – PEDAGOGIA HOSPITALARIA

5.2 JUEGOS RESILIENCIA

En relación a los puntos tocados durante el presente trabajo, es necesario conocer en qué etapa se encuentra el alumno para poder adecuar los contenidos que se le presentaran, conocer su estado anímico y los síntomas por los que está pasando para saber de qué manera poder auxiliarlo, una vez que se tiene ese conocimiento entonces se podrá proceder a jugar con el niño.

De acuerdo al documento presentado por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1980) el juego es vital en la formación de los niños, ya que condiciona un desarrollo armonioso del cuerpo, de la inteligencia y de la afectividad. (Salles, 2012)

Siguiendo con el documento de la UNESCO, “El juego es una acción o una actividad voluntaria, realizada en ciertos límites fijados de tiempo y lugar, según una regla libremente aceptada, pero completamente imperiosa y provista de un fin en sí, acompañada de un sentimiento de tensión y de alegría y de una conciencia de ser de otra manera que en la vida ordinaria.

¿Por qué el juego?

El juego invita a la superación desde actitudes resilientes, a generar espacios de crecimiento individual y comunitario.

El juego necesita de la música porque recrea, distiende, favorece las ideas, nos concreta con nuestras vivencias profundas, nos permite encontrarnos desde distintos ritmos y realidades, la música desde el juego es facilitadora de nuevas y agradables experiencias.

El espíritu lúdico tiene que ver con el hecho de encontrar en todas las cosas el lado feliz y positivo que poseen. (Gamboa, 2009)

Si la actividad lúdica le es propia al hombre, junto con los requerimientos básicos de nutrición, salud, vivienda y educación, algo le está pasando al ser humano que justifica su no juego en ser mayor de edad.

Será necesario conocer las condiciones para la aparición del juego infantil: un espacio y su contenido, un tiempo, una especial actitud del adulto. La actividad lúdica pone en acción todo su potencial, sus habilidades motoras, su relación con las normas, su grado de socialización, su desarrollo mental a favor de la convivencia solidaria y gestante de cultura de paz.

“El juego es el producto de la asimilación que se disocia de la acomodación antes de reintegrarse en las formas de equilibrio permanente, que harán de él su complementario en el pensamiento operatorio...El juego constituye el polo extremo de la asimilación de lo real al Yo, y participa a la par, como asimilador, de esa imaginación creadora que seguirá siendo el motor de todo pensamiento ulterior hasta la razón” (J. Piaget)

El proceso lúdico, cuando opera con el mayor grado de libertad en su desarrollo, o sea, cuando se presenta en su expresión original, posee las siguientes características

→El juego se articula libremente

→La realidad en que se desarrolla dicho proceso es noticia, en el sentido de que se estructura mediante una combinación de datos reales y datos fantaseados.

→Su canalización es de destino incierto, ya que no prevé pasos en su desarrollo ni en su desenlace. Justamente la característica de incierto es la que mantiene al jugador en desafío permanente, haciéndole descubrir y resolver alternativas.

→Es improductivo, en el sentido de que no provoca bienes

- Durante su transcurso se van estableciendo convenciones en forma deliberada.
- Produce placer, es decir, que la actividad en sí promueve en forma permanente un desafío hacia la diversión (Gamboa, 2009)

A su vez, se pueden diferenciar tres dimensiones del juego

→La capacidad lúdica o capacidad libre del juego –en sentido radical- entendida como el poder creador de interferencia que es fuente de luz intelectual y de belleza.

→La actividad lúdica generada por la capacidad lúdica, entendida como la puesta en marcha de aquella capacidad básica que posibilita la creación de múltiples ámbitos de juego en todas las facetas del quehacer humano, en los ritmos, en los bailes, en el lenguaje, en los cantos, en el vínculo afectivo y social, incluso en el trabajo.

→Es necesario distinguir la actividad lúdica del juego propiamente dicho, al que entendemos como la puesta en marcha de esa actividad mediante la concreción desde los elementos humanos y/o materiales que lo configuran.

En el concepto de juego puede distinguirse distintas acepciones

- El juego como acción de jugar, recrearse, divertirse, hacer bromas;
- El juego vinculado con la libre decisión, el riesgo y comportamiento que se asumen frente a una situación que convoca la intervención activa de quien participa, invitándolo a jugarse;
- El juego con la experiencia estética.

“En el niño, el juego es una necesidad como el hambre y la sed” (Hildegard Hetzer). Por lo tanto, nuestro deber como educadores consiste en no frenar su afán lúdico; por el contrario, hemos de ofrecer y favorecer las oportunidades adecuadas para satisfacerlo.

La actividad del hombre durante los juegos es la única que conviene al juego en actividad de transición hacia la cultura.

“Un niño que no juega es un adulto que no piensa”, rotunda afirmación del filósofo y poeta Schiller que, en mayor o menor medida, nos está marcando la importancia de la actividad lúdica para el desarrollo de las potencialidades humanas.

Pensamos que solo son juegos y, sabiéndolo o no, nos estamos preparando para la vida, porque el juego a nivel socio-afectivo supone

- acercamiento a los demás
- interacción continua que nos lleva a la convivencia
- coeducación

Jugando se coopera con los otros en el logro del bien común

Unas veces se es hábil y otras, no tanto

Gusta de los conflictos desde sus resolución

A los otros y a si mismo respeta

Normas se desarrollan y ejercitan

Decide poner los valores en el juego

O /y reconoce su propio esquema corporal, desarrollando su organismo y actividades expresivas.

“si juegas, juega con alegría, sin miedo al fracaso, con la vista en la meta. Si pierdes, admira al que vence. Si vences, contagia al vencido. Y el juego será siempre –no lo dudes- el panque de los ratos mejores”

A través del juego se pone en marcha el desarrollo intelectual: mientras exploramos, investigamos por ensayo y error y nos descubrimos a nosotros mismos inventando, recreando. Al mismo tiempo se desarrollan la atención, la memoria, se ensayan y fijan hábitos, se recrean espacios y tiempos y se entreteje así la propia vida.

De esta manera, jugando se pone en marcha todo un despliegue de habilidades sociales que preparan desde hoy para el futuro. Es por eso que debemos otorgarle verdadero valor en el desarrollo de las personas.

A la par, los trabajadores sociales, que trabajan en distintos ámbitos de la intervención social, saben mejor que nadie, la importancia que desempeña el sentido del

humor en su propia vida personal y laboral. Importancia del humor y de la risa desde diferentes perspectivas

-Primera: de cara a la propia estabilidad emocional y cuidado personal.

-Segunda: de cara a buscar nuevos y creativos proyectos de intervención socioeducativa

Tercera: porque es necesario dar una respuesta positiva, alegre y optimista a las personas con las que trabajan los educadores

-Cuarta: porque es un elemento de comprensión de la realidad.

-Quinta: porque genera un estilo de relación socioeducativa.

El humor tiene como misión otra manera de enfrentarse a la vida y a los acontecimientos cotidianos. El humor ayuda a controlar y resolver los conflictos. Sirve como bálsamo que alivia las tensiones que se generan cotidianamente a la vez que nos acerca, desde una visión positiva y alegre.

Funciones del humor en la educación:

*Motivadora: se consigue despertar el interés y el entusiasmo por la temática que se esté trabajando

*Fisiológica: la risa descarga el nerviosismo físico, alivia la tensión psicológica, mejora sistema cardiovascular y potencia energía interior.

*Camaradería y amistad: posibilita clima de cordialidad y de confianza, fomenta actitudes de aceptación, tolerancia, y respeto, favorece cohesión grupal, crea y refuerza vínculos entre las personas, estrecha lazos y relaciones entre personas y culturas.

*Distensión: ayuda a liberar tensión acumulada y a desdramatizar las preocupaciones.

*Diversión: Se experimentan sensaciones de alegría y de estar contento. Además genera un ambiente positivo lúdico y divertido y aumenta el número de ocasiones para pasarlo bien en el encuentro con los otros.

*Defensiva: el humor se utiliza para defender y desarmar a quienes son sus adversarios. Actúa contra los ataques desmontando la hostilidad latente.

*Intelectual: Ayuda a desterrar los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales. Abre nuevas vías para observar la realidad desde diferentes puntos de vista

*Creativa: Estimula pensamiento lateral o divergente; potencia la imaginación como elemento fundamental en la resolución de problemas.

*Social: Actúa como espejo de la sociedad desde una visión crítica y divertida.

*Terapéutica: Sirve para tratar y resolver los trastornos y/o perturbaciones emocionales desde planteamientos psicológicos, ya que ayuda a descargar al paciente la activación emocional a la que se encuentra sometido.

*Pedagógica y Didáctica: El humor agiliza y enriquece los procesos de enseñanza y aprendizaje, facilita al educador la enseñanza e instrucción de los contenidos de una forma amena y motivadora, sirve de apoyo en la construcción y selección de proyectos socioeducativos que refuercen los aprendizajes significativos. (Fernandez y García, 2010)

De manera rápida se resumió que con el sentido del humor, aunado a los juegos, se puede ayudar al niño a pasar un rato de agradable aprendizaje, de conocimiento de sus compañeros y saber porque están ellos allí, y de qué manera poder ayudarse entre sí, darse consejos, socializar, y aprender todos de todo.

5.2.1 VENTA DE COSAS ABSURDAS

Desarrollo: Se arma un quiosco imaginario y se destina a uno de los participantes para que lo atienda. El jugador elegido ofrece su fantasía argumentando lo mejor posible, para que los demás compren y valoren algunos elementos que podrían vender; por ejemplo, peines para pelados, anteojos con limpiaparabrisas, desodorante para hormigas. Cuando

un integrante del grupo se siente movido a comprar el producto ofrecido, debe imaginar una forma de pago, también creativa, que debe, a su vez, convencer al vendedor.

Este juego se puede hacer de dos maneras: vendedor y cliente delante del resto del grupo, y van pasando de uno en uno, en caso de los niños en el hospital levantar su mano para hacer de vendedor o cliente, o de dos en dos, como si fuera una representación para todos, o como si fuera un remate o una subasta donde todos participen a la vez.

Reflexión: argumentar y expresar para que “alguien” compre de manera convincente y creativa, requiere ingenio y agudeza.

5.2.2 PALABRAS AL AZAR. PALABRAS PARLANTES

MATERIAL: hojas de papel madera, crayones, marcadores o lápices de color, tintas de color, pajita para tomar líquido

JUEGO PARA:

Crear a partir de formas un mini cuento

Enriquecer e vocabulario

CÓMO JUGARLO

- 1.- Los invitados a participar reciben por grupo una hoja de papel que es dividida en tantas partes como participantes. La división se hace con líneas de diversos tipos: onduladas, rectas, quebradas
- 2.- Cada integrante de equipo toma una parte y hace todo tipo de líneas o puntos con crayones, lápices y/o marcadores.
- 3.- Recortan la parte utilizada –por cada uno- por las líneas hechas
- 4.- Observan su producción creativa y tratan de descubrir formas que escribirán al reverso.
- 5.- Entre los componentes del grupo conversan las formas y palabras sugeridas.
- 6.- El coordinador solicitará a cada el equipo el material logrado procediendo al intercambio de los mismos.
- 7.- Quienes lo reciben serán convocados a inventar un mini cuento a partir de las palabras y formas dadas.

POSIBLE VARIACION

El juego se lleva a cabo como lo indica el paso uno.

-cada equipo tendrá tinta de color amarillo, rojo, y azul.

-Se procede a separar cada parte del papel para los integrantes del juego

-los componentes de grupo eligen el color o colores de tintas y vuelcan gotitas sobre la hoja, plegándola y abriéndola nuevamente –tantas veces como quieran-

-a partir de las manchas de color o formas color descubrirán palabras correspondientes a imágenes

-los momentos siguientes corresponden a los números cinco, seis y siete de la propuesta para jugarlo

NUEVA PROPUESTA

-Todo se hace como lo ya indicado, menos el punto dos.

-En este caso, se deja caer un poco de tinta sobre el papel y con la pajita se sopla en distintas direcciones logrando así dibujos.

5.3 ESTRATEGIAS DIVERSAS

Para poder jugar y aprender de una mejor manera, mostrarles

-Respetar turnos de juego y actividades

-Practicar normas de cortesía y convivencia

-Elaborar sentimientos de comprensión y ayuda

Realizar juegos de integración:

Hago lo que él hace

El títere escondido

Realizar un títere entre todos

Hacer técnicas de relajación (globitos desinflados)

Realizar actividades y dar otro uso con objetos reciclados

TITULO	AREA	OBJETIVO	EDAD	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
Pintemos la vida	Psicomotriz, emocional, social,	El niño expresará sus sentimientos de lo que ha sido la vida en el hospital	4- 12 años	Pinturas, crayolas, colores, plumones, hojas de colores, rotafolio, papel bond	En una hoja de papel el niño pintara como ha sido su experiencia dentro del hospital, en que le ha ayudado y como se ha sentido.
Juego de roles	Social, cognitiva, emocional, de lenguaje	El niño aplicara sus conocimientos sobre la enfermedad en los doctores que serán los enfermos.	4 a 12 años	Batas, estetoscopios, envases vacíos de medicamentos, jeringas sin agujas, hojas, algodones, lápices, cofias	Se hará una breve presentación de lo que hacen los médicos, y en una caja forrada de blanco con una cruz al centro se les presentarán los materiales que utilizaran, mediante una serie de preguntas para dar inicio al juego de roles, donde ahora los niños le harán de médicos y revisaran a las personas que estén dentro del área del juego.
Sellos	Cognitiva, social,	El pequeño creara un	4 -12 años	Esponjas en forma de	Una vez que los niños tengan sus

	lenguaje, matemática-espacial	paisaje, dibujo con sellos de figuras geométricas		figuras geométricas, cartoncillos de colores, agua, temperas de diversos colores,	cartoncillos y sus esponjas se procederá a empezar a realizar sus obras de arte con las esponjas para crear paisajes, ciudades, pero tomando en cuenta que con las esponjas deberán diseñar un dibujo, ya sea que con los triángulos hacer un árbol, montañas, techo de una casa, e infinidad de cosas que se le puedan ocurrir.
Un collar para mamá	Coordinación viso motora, social, emocional,	El sujeto calculará el número de cuentas e hilo que necesita para realizar un collar	4 – 12 años	Hilos de colores, cuentas grandes, chaquiras,	De acuerdo a la edad del niño se les repartirá el número de cuentas que el niño necesite verificando el tamaño y evitar darles cuentas pequeñas a los más pequeños o que cuenten con

					el apoyo de un adulto que lo vigile, ya repartido el material, los niños tendrán que ensartar las cuentas dentro del hilo para que vaya tomando forma su collar o pulsera para su ser querido.
Obra de teatro guiñol	Social, lenguaje, psicomotora, cognitiva, emocional	El alumno interpretará un personaje que le toque dentro de la obra que ellos crearán.	4 – 12 años	Fieltro, pelotas unicel, pegamento, diamantina, pintura inflable, pinturas de colores	Los niños inventarán un personaje o harán su personaje favorito, una vez que los tengan listos procederán a crear su propia obra de teatro, relacionado con algún tema eje, con ayuda del docente se creará el guion y se repartirán los papeles, una vez que este todo listo y ensayado se les presentará la obra a los padres de familia.
Club de	Visual,	El pequeño	4 –	Proyector,	La película que se

cine	social, emocional	expresara lo que sintió de la película y de qué manera el podría aplicarlo en su vida cotidiana	12 años	mantas para simular sala de cine, sillas,	proyectara, Kung Fu Panda, ya que está llena de valores, superación, perseverancia, lucha, tenacidad, sentido del humor, trabajo en equipo, en creer en uno mismo y en los demás, llena de cultura ya que nos muestra un poco acerca de las costumbres que se manejan en ese lugar.
ORQUESTA	Musical, social, lenguaje, emocional, espacial	Los niños construirán instrumentos musicales para crear una orquesta con objetos reciclables	4 – 12 años	Globos, frijoles, latas de leche, palitos de madera, palmadas, botellas de agua grandes para simular tambores,	Se les dará una plástica a los pequeños mostrándoles lo que es una orquesta, de que instrumentos se compone, y como cada uno le da su aporte musical a la pieza que se ejecuta. Al tener identificados los instrumentos musicales se

					<p>procederá a su realización, cada niño hará el que más le haya gustado, una vez hechos se invitara a los niños a realizar la orquesta en base a una pieza musical previamente elegida y entre todos colaborar para la mejor ejecución de la misma.</p>
<p>Cantando me siento y me conozco mejor</p>	<p>Musical, espacial, emocional, lenguaje</p>	<p>El niño identificará las partes de su cuerpo mediante una canción</p>	<p>4 – 12 años</p>	<p>Palmas, pisadas, utilizar partes de su cuerpo</p>	<p>Conocer las partes de su cuerpo y que funciones tiene, que mediante su cuerpo también puede expresar música así como sus emociones.</p>

Para cerrar el capítulo, lo importante es brindarle al niño, diversas herramientas y estrategias para hacerle menos pesada su estadía en el hospital a la vez que aprende, se divierte y se hace más fuerte.

En conjunto la resiliencia, el juego, el sentido del humor, la familia el equipo médico, todos ellos forman una gran base de aliento y empuje para el pequeño, ya que se conoce la etapa y los procesos por los que pasa tanto el cómo su familia bríndales un poco de luz y alegría a su día con día.

El aprender a no darnos por vencidos, por más difícil que sea la situación debemos seguir adelante, ya que gracias a estas circunstancias surgirán nuevas ideas de afrontar las diversas situaciones, nos hará más fuertes, surgirán habilidades, intuiciones, conocimientos e impulsos que reconectan con la vida, a partir de este impulso a crecer y desarrollarse.

CONCLUSIONES

El aula hospitalaria es una unidad de apoyo que permite que una niña, niño y joven continúe sus estudios regulares mientras permanezca hospitalizado o en tratamiento médico. Por las características de sus alumnos/as, debe ser flexible a los horarios de clases, actividades que se desarrollen dentro del currículo escolar, permitir las adecuaciones curriculares y respetar los ritmos de aprendizajes en forma individual de cada paciente alumno/a, cosa que cuando se integre a su escuela de origen lo haga sin dificultades de carácter pedagógico y le ayude a superar rápidamente su estado emocional y afectivo producto de su enfermedad.

Recordando que se trata de un abordaje integral, en donde cobra fuerza la visión bio-psico-social, por lo cual, el proceso educativo no se limita sólo al abordaje de temáticas específicas u objetivos, sino también de acompañamiento a la familia, de la explicación sencilla de aquellos procesos que se están viviendo en el hospital, etc. Con una visión resiliente y así ayudarlos a salir adelante de la mejor forma posible, por supuesto, cuanto más propicio es el ambiente y más próximo a la vida cotidiana infantil, más rápido y menos doloroso será su restablecimiento. El proceso educacional puede ayudar mucho en ese proceso a la par de la resiliencia, concientizando al individuo acerca de la enfermedad y contribuyendo a la autorrealización del niño hospitalizado

La enfermedad no distingue edad, sexo, religión ni clase social, es una posibilidad por el simple hecho de ser seres humanos. A pesar de ello, no es la enfermedad, si esta llega, la que debe determinar nuestra vida, son nuestras ganas de vivir las que definen muchas veces, si la enfermedad triunfa sobre nosotros. La Pedagogía Hospitalaria a la par de la Resiliencia es esa inyección indolora de ganas de vivir que les damos a nuestros niños hospitalizados, es un mensaje de vida y de esperanza frente al futuro, y es aquí necesaria la presencia de un pedagogo, para poder guiar y ayudar al niño en su proceso de paciente-alumno, sin dejar de lado a la familia y poder darles un respiro.

Al reflexionar sobre la vida es aterrador, tan solo por los cambios, por las transiciones, cambios por todas partes, adaptaciones, alegrías, tristezas, enojos, desilusiones, malentendidos, frustraciones, hacernos independientes, enfrentarnos al

mundo, como se mencionaba antes, disfrutar de cada etapa ya que cada una de ellas influye en el resto, prepararnos lo mejor posible para cada etapa y exigencia de entorno que nos rodee, apreciar momentos mágicos que se lleguen a presentar, de verdad que no todo es malo, solo es aprender a ver lo positivo y mejorar aspectos que no salieron del todo bien.

Al trabajar y estar frente a estos pequeños, que aun estando en condiciones “desfavorables” contagian sus ganas de vivir, de aprender, de continuar y salir adelante, por obvias razones hay momentos en los que se encuentran cansados y por cuestiones de salud deben reposar, pero esto a ellos no les impide el querer jugar y aprender.

Es un trabajo y una experiencia muy fuerte, pero que como ser humano llena muchísimo, el ver sus caritas sonrientes al ver que llegas, esperan ansiosos la hora de ir a la “escuelita”, el estar más que dispuestos e interesados en saber lo que aprenderán ese día, que novedades hay en ese cuarto mágico, el poder compartir con sus compañeros risas y por un momento, de tranquilidad.

Los padres agradecen mucho este servicio y apoyo que se les brinda a sus hijos, ya que también ellos se relajan por un rato; había una mamá de una niña con leucemia y mientras estábamos con la niña, su mamá podía en ese rato ir a ver a su otra hija y checar los pendientes de la casa. Como este caso hubo varios los que apreciaron ese instante, ya que sabían que estaban en buenas manos.

Por otra parte, no todo fue bonito, en ese tiempo que estuvimos trabajando, falleció una pequeña con leucemia, y como educador también saber enfrentar ese tipo de situaciones que no son nada fáciles, porque el padre se acerca y hay que brindarle fortaleza y apoyo, pero ese es nuestro trabajo ayudarlos a salir de la manera más resiliente posible, hacerles tantito menos dolorosa su pérdida. Y para quienes nos quedamos pues realizar nuestra tarea y misión lo mejor posible, brindarles luz y apoyo en su camino a los niños y familias que se encuentran en situaciones difíciles.

El médico francés Henry Wallon, uno de los pioneros de la psicología infantil y contemporánea de Piaget y 111Vygotsky, decía que “aprender alivia el dolor infantil”, y si es así, el educador tiene su campo de acción ahí donde hay niños que requieren sonreír por cuestiones de salud (Mata – 1997)

GLOSARIO

ALUMNO: Niño que frecuenta una escuela maternal, un jardín de niños, una escuela primaria o las primeras clases de la escuela secundaria.

AMOR: Es considerado como un conjunto de comportamientos y actitudes involuntarios y desinteresados, que se manifiestan en seres capaces de desarrollar inteligencia emocional

FACTORES DE RIESGO: Son cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud física, mental, socio emocional, o espiritual.

FACTORES PROTECTORES EXTERNOS: Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de personas o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de las circunstancias desfavorables.

FACTORES PROTECTORES INTERNOS: Están referidos a atributos de la propia persona: auto concepto, seguridad y confianza en sí misma, facilidad para comunicarse, empatía.

FACTORES PROTECTORES: Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de personas o grupos y, en muchos casos, reducir los efectos de las circunstancias desfavorables.

FELICIDAD: Estado de ánimo de la persona alegre y satisfecha por la situación en la que vive. Cosa que produce este estado de ánimo

PERSONAS RESILIENTES: Son las que a pesar de estar insertadas en una situación de adversidad, o verse expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como personas competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

SENTIMIENTO: Este concepto bastante movedido designa todo estado de conciencia duradero, matizado y significativo, con tal de que este dotado de una tonalidad afectiva. El sentimiento puede ser una tendencia que aflora, una intención, una actitud, o bien, una emoción atenuada y prolongada; o bien aún, la combinación de varios afectos; frente a una situación que cambia: el sentimiento de esperanza es a la vez una espera, una vigilancia y la anticipación de un placer. Un sentimiento siempre implica elementos representativos, y, por tanto, intelectuales, justamente con elementos afectivos: mediante él formulamos juicios de valor, morales o estéticos.

PEDAGOGÍA: Es la ciencia que tiene como objeto de estudio a la educación como fenómeno psicosocial, cultural y específicamente humano, brindándole un conjunto de bases y parámetros para analizar y estructurar la formación y los procesos de enseñanza-aprendizaje que intervienen en ella.

EDUCACIÓN: para Rufino Blanco la Educación es evolución, racionalmente conducida, de las facultades específicas del hombre para su perfección y para la formación del carácter, preparándole para la vida individual y social, a fin de conseguir la mayor felicidad posible.

PERSONA: aquel ente racional consciente de si mismo y que ostenta una identidad propia y única, es decir, persona es lo mismo a decir un ser humano que presenta aspectos físicos y psíquicos concretos, que son los que en definitiva le darán ese carácter de único y singular que mencionaba

LIBERTAD: Facultad de las personas para actuar según su propio deseo en el seno de una sociedad organizada y dentro de los límites de reglas definidas:

EMOCIONES: Para Goleman el término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan."

P.E.P: Programa de Educación Preescolar.

BIBLIOGRAFIA

Antunes, C. (2000). *Vygotsky en el aula ¿Quién diría?* Editorial SB. Argentina.

Cyrułnik, B. (2009) *Autobiografía de un espantapájaros. Testimonios de Resiliencia, el retorno a la vida.* Ed. Gedisa. España.

Cyrułnik, B., (2002) *Los patitos feos: La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Gedisa. España.

Díaz A. y Bin. L., (2006) *Atención, memoria y resiliencia, aportes a la clínica psicopedagógica,* Lugar ediciones, México.

Egeland, Carlson & Sioufe, (1993). *Resiliencia y Vulnerabilidad,* EUA,

Forés y Grané, (2012) *Resiliencia en entornos socioeducativos.* Ed. Narcea, España

Garanto, J. (1993). *Trastornos de conducta en la infancia.* PPU Editor. Barcelona
Gesell, y Amatruda, 2010)

Gessel, A. (2010). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar.*

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

Henderson y Melstein (2003). *La resiliencia en la escuela.* Ediciones Paidós Ibérica. México.

Internacional de Información sobre Subnormales. (Version castellana de A History of Mental Retardation. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1983).

Delors, J (1997) *La educación encierra un tesoro.* Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, presidida por Jacques Delors Jenny

Matilde Guillén Celis*

Piaget, J. (1989), *Constructive evolution: origins and development of Piaget's thought*. [La evolución del Constructivismo: orígenes y desarrollo del pensamiento de Piaget] Cambridge: Cambridge University Press.

Polaino, A. (1988) *Las depresiones infantiles*. Ed. Morata. España.

Santillán, (1997) *Diccionario Enciclopédico de Psicología*, Editorial Santillán, México.

Scherenberguer, R.C. (1984): *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Secretaría de Educación Pública (2005) *Apuntes de Pedagogía Hospitalaria*. SEP. México

Vygotsky, L. (1983). *Perspectivas constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Grao. Barcelona.

TESIS

Salles, C. (2011). *Inteligencia emocional en el nivel preescolar*. Tesis de Licenciatura en Pedagogía. Universidad Latinoamericana campus Norte. México

PAGINAS WEB

Lieutenant, C. (2011) *aulas hospitalarias. Reflexiones de la VIII Jornada sobre Pedagogía Hospitalaria*. Oficina Regional de Educación de la UNESCO. Recuperado de: portal.UNESCO.org

Caballero, A. (2011). *El aula hospitalaria un camino a la educación inclusiva*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2007_n19/a12.pdf

Revista electrónica, yo con diabetes. (2012) recuperado de: <http://www.diabetesbienestarysalud.com/que-es-la-diabetes-2/>

ANEXOS

CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

1.- Derecho al menor a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente, con el fin de que la HOSPITALIZACIÓN SEA LO MAS BREVE Y RÁPIDA POSIBLE.

2.- Derecho al menor a la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.

3.- Derecho a estar acompañados de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su estancia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso implique costos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de tratamiento al que hay que someter al menor.

4.- Derecho al niño a recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

5.- Derecho al niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.

6.- Derecho a negarse (por boca propia, de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.

7.- Derecho de sus padres o de la persona que lo sustituya a recibir toda la información relativa a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental del niño al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.

8.- Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño

9.-Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo del personal con formación especializada.

10.- Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.

11.- Derecho del niño hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.

12.- Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

13.- Derecho (y medios) de contar con sus padres o con la persona que los sustituya en los momentos de tensión.

14.- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.

15.- Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal calificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo.

16.- Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos,

17.- Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación, de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.

18.- Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos que se siguen.

19.- Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y de medios audiovisuales.

20.- Derecho a poder recibir los estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.

21.- Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuera necesario la intervención de la justicia, si los padres o personas que los sustituya se niegan por razones religiosas, retardo cultural, de perjuicios o no están en condiciones de dar los pasos necesarios para hacer frente a la urgencia.

22.- Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamiento que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.

23.- Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o examen médico en países que no formen la Comunidad Europea. (UNESCO)