



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN DE SORIA

Grado en Educación Infantil

TRABAJO FIN DE GRADO

**AULA HOSPITALARIA Y ATENCIÓN
DOMICILIARIA**

“EmociónArte Creando”

Presentado por Marianela Lallana Rosa

Tutelado por: Sergio Suárez Ramírez

Soria, 4/12/2019

AGRADECIMIENTOS

Para cualquier estudiante universitario el Trabajo de Fin de Grado es el momento álgido donde la meta está muy cerca, pero donde aún tienes que esforzarte y hacer tu mejor sprint final. La elaboración del TFG es el más puro reflejo de esfuerzo y tesón de estos últimos cuatro años, pero también de la ayuda depositada por parte de las personas que han estado a mi lado ofreciéndome todo su apoyo y cariño y que, sin ellas no habría cabida para expresar en estas humildes y sinceras palabras todo mi agradecimiento. En primer lugar, agradecer a mi tutor, Sergio Suárez Ramírez por haber apoyado mi propuesta, ofrecerme su ayuda, consejos y dedicación durante este periodo. Por otro lado, agradecer a mi profesora de la academia y amiga M^a Carmen, por creer en mí, por descubrir otra parte de mí más allá de lo puramente académico. Evidentemente, agradecer con lo más profundo de mi corazón, el apoyo incondicional de mi madre M^a del Rosario, por confiar en mí, por estar tanto en los peores momentos como en los mejores y por regalarme sus sabios y auténticos consejos. Corresponde también agradecer a mis compañeras de la Universidad y amigas, Paula, Sandra, Sara, Lara y Silvia por sus consejos y dedicación. Por último, expresar mi gratitud a Iván, mi compañero de viaje, mi persona favorita, el que me sostiene en los momentos más difíciles, el que me brinda sus alas cuando creo no poder volar, o me entrega parte de su polvo alado de mariposa, y porque como él y yo sabemos, aunque nos falten las alas *"We are butterfly dust."*

RESUMEN

Este trabajo pretende servir de reflexión sobre las Aulas hospitalarias, indagar sobre el tema, elaborando una fundamentación teórica que permita el diseño de una propuesta didáctica en este contexto educativo. Hablar de Aula hospitalaria, es hablar de Pedagogía hospitalaria que tiene como objetivo, ofrecer formación y ayuda necesaria de aquellos niños¹ que por motivos de salud deben permanecer hospitalizados, no pudiendo ir a la escuela. Tendremos como premisa, conocer y trabajar aspectos relacionados con la Inteligencia emocional que tan necesarios son en el contexto de las Aulas hospitalarias, minimizando las respuestas de ansiedad, desmotivación, ... que derivan de la enfermedad y hospitalización. Mediante la propuesta didáctica "EmocionArte Creando" se pretende incidir sobre aspectos relacionados con el control y comprensión de emociones, dotándoles de las herramientas necesarias para expresar sus emociones, usando como vehículo conductor algunas disciplinas artísticas, que ofrecen un amplio abanico de posibilidades enriqueciendo de manera integral en todas las áreas cognoscitivas.

Palabras clave: Pedagogía hospitalaria, Aulas hospitalarias, emociones y creatividad, atención educativa.

ABSTRACT

This work aims to reflect on the Hospital Classrooms, inquire about the subject, developing a theoretical foundation that allows the design of a didactic proposal in this educational context. To talk about a hospital classroom, is to talk about hospital pedagogy that aims to provide training and necessary help for those children who for health reasons must remain hospitalized, unable to go to school. We will have as a premise, to know and work on aspects related to emotional Intelligence that are so necessary in the context of the Hospital Classrooms, minimizing the responses of anxiety, demotivation, ... that derive from illness and hospitalization. The didactic proposal "Emotion Art Creating" is intended to influence aspects related to the control and compression of emotions, providing them with the necessary tools to express their emotions, using as a vehicle driver some artistic disciplines, which offer a wide range of possibilities enriching so integral in all cognitive.

Key words: Hospital pedagogy, hospital classrooms, emotions and creativity, educational attention.

¹ Para facilitar la fluidez lectora del Trabajo de Fin de Grado, se ha aplicado la norma de emplear el sufijo correspondiente al género masculino entendiendo que a su vez se está haciendo alusión a ambos sexos.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	1
2. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS DEL TFG.....	3
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
3.1.PEDAGOGÍA SOCIAL Y PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	7
3.1.1. Cuándo comienza la Pedagogía hospitalaria	9
3.1.2. Pedagogía hospitalaria: antecedentes metodológicos.....	11
3.1.3. Marco legislativo sobre Pedagogía hospitalaria.....	13
3.2. AULAS HOSPITALARIAS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	19
3.2.1. Estrategias docentes en las Aulas hospitalarias.....	23
3.2.2. El rol de las familias en la hospitalización	25
3.2.3. La gestión de las emociones en los hospitales	26
3.3. EDUCAR LAS EMOCIONES. DESARROLLO E INTELIGENCIA EMOCIONAL: EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN.....	27
3.3.1. La Inteligencia emocional	31
3.3.2. Emocionarte a través de la creatividad artística.....	36
4. FUNDAMENTACIÓN PRÁCTICA	39
4.1. METODOLOGÍA EMPLEADA	39
4.2. PROPUESTA DIDÁCTICA.....	40
4.3.OBJETIVOS DIDÁCTICOS.....	41
4.4.CONTENIDOS	41
4.5.METODOLOGÍA DE AULA	42
4.6.TEMPORALIZACIÓN	44
4.7. PROPUESTA DIDÁCTICA: EMOCIONARTE CREANDO.....	45
4.7.1. Actividades	45
4.7.2. Evaluación.....	51
5. CONCLUSIONES	53

6. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Aula ordinaria y Aula hospitalaria.....	21
Tabla 2. Desarrollo emocional en la infancia.....	32
Tabla 3. Cronograma de las actividades “EmocionArte Creando”	45
Figura 1. Organigrama de un Aula hospitalaria.....	23
Figura 2. Pirámide de las emociones.....	30

1. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la importancia de las Aulas hospitalarias y la Atención domiciliaria, como realidades externas al ámbito escolar ordinario, no existen muchas fuentes que hablen sobre el tema. El dolor y tristeza de la hospitalización da lugar a que no se preste demasiada atención, ni exhaustivas investigaciones en un tema de vital importancia como este.

Muchas personas me preguntan sobre el tema de mi Trabajo de Fin de Grado y se sorprenden al conocer que he investigado sobre esta realidad educativa. Suele ocurrir que los temas tristes, dolorosos o dramáticos reciben escasa atención. Los niños y jóvenes enfermos y hospitalizados necesitan atención educativa y propuestas didácticas específicas que sirvan para mejorar sus estados anímicos en situaciones que pudieran representar un drama para ellos. Por eso elegí adentrarme en esta investigación, para aproximar a todo aquel que desee conocer otra realidad distinta a la de un colegio ordinario, valorando la importancia de sumarse a esta causa y si fuese posible, participando en ella.

Otro de los motivos que me ha llevado a investigar sobre ello, fue por el interés mostrado de una profesora del Grado en Educación Infantil que nos dio a conocer este ámbito de la Pedagogía hospitalaria. Creo que todos los que nos dedicamos al ámbito educativo debemos aprender mucho más de este tema. El valor social y humano que se exige a nosotros como futuros docentes, son claves para ayudar lo máximo posible a mejorar la calidad de vida de todos los niños y jóvenes durante su estancia en un centro hospitalario.

No debemos olvidar que los niños que permanecen en un hospital necesitan nutrirse de saberes y conocimientos, acompañamiento, apoyo, afecto, cariño, juego, motivación...; todo esto puede lograrse con propuestas didácticas creativas y originales que sirvan, ante todo, para que mejore su Inteligencia emocional y su estado de ánimo. Debemos ofrecer a estos alumnos una normalidad en el desarrollo de sus actividades escolares en la medida de lo posible, para que no experimenten desajuste emocional, social o curricular alguno.

En las propuestas didácticas es muy importante que se trabajen las emociones y la creatividad con estos jóvenes. Por eso, este trabajo propone diferentes actividades que sirven para que el alumnado se acerque a las disciplinas artísticas como la literatura, la pintura, la danza, el cine, etc.,

Precisamente las disciplinas artísticas tienen un importante valor pedagógico expresivo y creativo y facilitan que los alumnos manifiesten sus emociones fruto del periodo de hospitalización.

Todos sabemos que las emociones y su gestión correcta nos hace felices y mejora nuestra calidad de vida. En el caso de estos niños hospitalizados a una edad tan temprana, la gestión de las emociones se hace mucho más urgente y necesaria. Por ello, mediante el principio lúdico vital en estas edades, y por medio de varias actividades “artísticas” se propone que exploren un mundo cargado de imaginación y fantasía que les permita mejorar su autoestima y sanar las heridas emocionales que puedan derivarse de dicha situación.

2. OBJETIVOS Y COMPETENCIAS DEL TFG

El objetivo general de este trabajo es dar a conocer las Aulas hospitalarias y la Atención domiciliaria en su conjunto, y diseñar en este contexto una propuesta didáctica innovadora basada en la creatividad donde se trabajen las emociones por medio de las distintas disciplinas artísticas. Así se conseguirá minimizar los impactos y desavenencias que derivan de esta hospitalización.

Para alcanzar el propósito general, los objetivos específicos que nos planteamos para dicha investigación son los siguientes:

- Delimitar el término “pedagogía hospitalaria” y diferenciarlo de otros relacionados como Pedagogía Social y Educación Especial.
- Investigar para conocer el marco legislativo que se relaciona con la pedagogía hospitalaria, para comprender la trascendencia e importancia que ha tenido hasta la fecha.
- Caracterizar las aulas hospitalarias y la atención domiciliaria a través de distintos autores para saber en qué consisten y cómo funcionan.
- Reflexionar sobre la importancia de la Inteligencia emocional en el ámbito educativo.
- Clasificar los tipos de emociones existentes.
- Descubrir las posibilidades de expresión y comprensión en niños desde los 0 meses hasta los 6 años (Etapa de Educación Infantil).
- Fomentar la Educación artística y la creatividad con niños hospitalizados para que expresen y comuniquen sus emociones.
- Diseñar una propuesta didáctica para trabajar las emociones por medio de la creatividad artística.

De manera complementaria a los objetivos planteados anteriormente, la realización de este trabajo fin de grado me ha permitido adquirir algunas de las competencias recogidas en la *Memoria del Título de Grado en Educación Infantil de la Universidad de Valladolid* que se muestran a continuación:

❖ Competencias generales:

- Ser capaz de reconocer, planificar, llevar a cabo y valorar buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje, en un contexto distinto del cual podemos estar menos familiarizados, como es el caso de un Aula hospitalaria.
- Asumir un compromiso fiel en la configuración como profesional responsable que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y comprometidas.
- Adquirir estrategias y técnicas de trabajo autónomo, sirviéndose del docente como mero guía y motivador en su enseñanza-aprendizaje.
- Fomentar el conocimiento, comprensión y dominio de metodologías activas y estrategias de autoaprendizaje que motive al alumno a participar divirtiéndose.
- Habilidades interpersonales, asociadas a la capacidad de relación con otras personas y de trabajo en grupo dentro del contexto de un centro hospitalario.

❖ Competencias específicas:

- Comprender los procesos educativos y de aprendizaje en el periodo 0-6, en el contexto familiar, social y escolar no ordinario.
- Identificar dificultades de aprendizaje, disfunciones cognitivas y afectivo emocionales que puedan ir surgiendo en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Adquirir recursos y estrategias que favorezca al máximo la integración educativa del alumno, mientras se continúe su ingreso en el hospital.
- Comprender que la dinámica diaria en Educación Infantil es cambiante en función de cada alumno o alumna, grupo o situación y tener capacidad para ser flexible en el ejercicio de la función docente.
- Ser capaz de elaborar propuestas didácticas que fomenten la creatividad y el desarrollo de la Inteligencia emocional, a partir de tareas donde entren en juego diferentes disciplinas artísticas.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las Aulas hospitalarias son el contexto educativo perteneciente al campo de la Pedagogía hospitalaria, y se trata de unos espacios clave en el tejido de la Educación no formal. Lamentablemente, no es un tema que atraiga a los investigadores, y es por ello que se tiene escasa información. Para comenzar este TFG se ha optado por delimitar el término de Aulas hospitalarias y compararlos con otros que pudieran resultar similares como Pedagogía hospitalaria, Aula hospitalaria y Atención domiciliaria, Pedagogía social e Intervención educativa.

Para comenzar a dar luz a esta cuestión, las autoras Pía Cardone de Bove y Clargina Monsalve Labrador definen el concepto de Pedagogía hospitalaria, como:

“Aquella rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no retrase 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” (Cardone y Monsalve, 2010, p. 55).

Según como evidencian estas dos autoras en el concepto de Pedagogía hospitalaria, dicha rama tiene un componente de acción hospitalaria, ocupándose de las necesidades de un niño que por enfermedad requiere de una normalización en su proceso cognoscitivo, psicológico y social.

La Pedagogía hospitalaria hace alusión a unas aulas destinadas a aquellos niños que han de ser ingresados por enfermedad durante un periodo de tiempo, más o menos prolongado, dentro del mismo centro hospitalario. Estas aulas hospitalarias, tienen como fundamento brindar desde una perspectiva lúdica, apoyo pedagógico y educativo para los niños y jóvenes hospitalizados. Siguiendo esta línea, Cabezas (2008), describe las aulas hospitalarias como unidades escolares ubicadas en un hospital en el que se da atención a niños ingresados por periodos de tiempo largos o cortos. El objetivo de dichas aulas es que el joven reciba una atención educativa, en un ambiente cálido y acogedor. Es decir, estas aulas hacen que los enfermos lleven una vida lo más normalizada posible, disminuyendo toda causa negativa de su ingreso, hospitalización y tratamientos.

Porque, según apuntan los autores Perriats y Granados (2015), la educación debe garantizarse a cualquier niño, sea el contexto en el que se dé, siendo vital y necesario proporcionarle una enseñanza global y sistemática.

La inminente e inesperada irrupción de la enfermedad en la vida de cualquier persona, supone una terrible y angustiosa noticia; pero cuando el que enferma es un niño, esto se agudiza aún más. Los niños muchas veces no tienen la capacidad de dar respuesta a preguntas que se puedan plantear, ya que estarán completamente distorsionadas, llegando incluso a pensar, por locuaz que parezca, que la causa de su malestar puede haberse dado por mal comportamiento (Méndez, Mereira y López Roig, 2004).

A su vez, dentro del contexto de un Aula hospitalaria, se irán deshilando otras causas que tienen que ver con su desarrollo. Nos estamos refiriendo al estado emocional, afectivo y social, que tan importante es en la vida de una persona y más si es a una edad tan temprana. Los docentes por lo tanto deben hacer hincapié en las emociones, y en la relación existente entre razón-emoción, y en la necesaria y sustancial capacidad de gestionarlas (Inteligencia emocional), para que el niño desarrolle su capacidad de adaptación a este espacio hospitalario (Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008).

La educación desde la que trabaja la afectividad y las emociones, debe ser considerada como una condición prioritaria para el despliegue de la personalidad (Martínez-Otero, 2007). Con esta perspectiva el alumno desarrollará un equilibrio integral, ayudándole a saber cómo gestionar sus emociones, mejorando su calidad de vida, mostrando una actitud positiva ante las adversidades, ayudándoles en el día a día “del frío hospital”. Por ello, si las emociones están bien gestionadas y se saben utilizar correctamente, servirá de elemento clave para potenciar y trabajar la creatividad.

Sin duda, si los docentes desarrollamos al máximo la capacidad creativa les permitirá mirar las cosas de un modo diferente, imaginando nuevas posibilidades, buscando soluciones a los problemas que vayan aconteciendo, creando nuevas formas de evolución y progreso en esta difícil situación.

Por eso, para De la Torre (1997) la creatividad se hace capacidad en la persona, estímulo en el medio, secuencia en el proceso que está en todos nosotros de forma innata y es algo que se entrena (educa).

3.1. PEDAGOGÍA SOCIAL Y PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La Pedagogía social es una disciplina muy importante de especialización educativa, de fuerte implantación, así como de desarrollo y perfeccionamiento, por parte de diversos profesionales: pedagogos sociales, educadores... Infinidad de estudiosos han trabajado sobre este tema, reflexionado sobre su concepto, y aplicación práctica.

La Pedagogía social es entendida como una acción educativa por medio de la comunicación social. En Italia algunos autores han valorado su pertinencia como disciplina clave en el ámbito educativo como Agazzi (1974), Volpicellicelli (1974), Mencarelli (1975), y Volpi (1986). Para comprender mucho mejor el término, expondré brevemente las consideraciones de algunos de los autores italianos que más repercusión han tenido. Para Mencarelli (1975), por ejemplo, “la Pedagogía social tiene un objetivo específico; desarrollar la dimensión educativa de las estructuras y subestructuras sociales” (p.6). Mientras que Volpi (1982), afirma que la Pedagogía social debe situarse en una posición intermedia entre teoría y praxis educativa, para así convertirse en una eterna educación permanente.

En España otros estudiosos como los profesores José Ortega, Martí March, Antonio Colom y José Antonio Caride también han teorizado sobre este tema. Caride (1985), se refiere al término Pedagogía social como esa búsqueda en el origen del modelo de intervención socio-educativo y de animación socio-cultural que promueva y diseñe la construcción de la sociedad pedagógica.

Por su parte, Andrés Escarbajal (1991), en su artículo sobre el término “societa educante”, señala que el término “societa educante” debe ser la filosofía que rija y sustente la Pedagogía social.

Otro país donde la Pedagogía social se ha desarrollado bastante es Alemania. En el país teutón la Pedagogía social se centra en la infancia y juventud más necesitada y, después, se amplía a cualquier tipo de sociedad o comunidad social que se encuentre en situación de riesgo y vulnerabilidad, y que requiera de ayuda educativa.

Toda persona nace como ser social, y tiene la necesidad de vivir en comunidad, pero muchas personas a lo largo de su vida sufren problemas a la hora de socializarse, o en la satisfacción de las necesidades básicas recogida por los derechos humanos.

Por ello, debe entenderse la Pedagogía social como la disciplina científica que se ocupa de que se cumplan las necesidades básicas de una persona, con una praxis basada en la prevención, asistencia y reinserción de algunos colectivos más vulnerables que sufran discriminación, marginación, pobreza, abuso, maltrato, drogas, contextos de vulnerabilidad, desplazamiento forzado por guerras, violencia política y social. La pedagogía social, a diferencia de la pedagogía tradicional -centrada exclusivamente en el espacio concreto e institucionalizado que es la escuela-, no se centra meramente en contenidos curriculares, sino en aprendizajes sociales, humanos y emocionales, cuya acción se vincula a varias administraciones dedicadas a la protección social e igualdad, justicia, cultura, familia, etc.

Por su parte, dentro de la Pedagogía social, se puede identificar la Pedagogía hospitalaria, un tipo específico de enseñanza encargada esta de proporcionar conocimientos, técnicas y metodologías sociales y educativas, desarrollando diversas estrategias preventivas. En esta rama, se amparan otras necesidades específicas pedagógicas para aquellos individuos que en edad escolar y por necesidades médicas, deben permanecer un largo periodo de tiempo en un hospital. Por ende, y en base a lo explicado anteriormente, Pérez Serrano (2004) nos asegura que la Pedagogía hospitalaria, es por lo tanto un espacio integrado dentro de la Pedagogía social que se encarga de la atención educativa de aquellos niños que se encuentran hospitalizados.

Desde el punto de vista de algunos autores, se han realizado distintas aportaciones sobre la Pedagogía hospitalaria. Entre ellas destaca la de Olga Lizasoáin (2002) que la define literalmente como:

“Aquella rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no retrase 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” (Lizasoáin, 2002).

Otra definición más reciente acerca de esta pedagogía citada por Violant, Molina y Pastor (2009), para los que la Pedagogía Hospitalaria es:

“Acción pedagógica que se desarrolla durante los procesos de enfermedad, para dar respuesta a las necesidades biopsicosociales derivadas de dicha situación, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida, garantizando los derechos con relación a la función educativa” (Cardone y Monsalve, 2010, p.59).

Estas definiciones muestran que este tipo de Pedagogía social tiene como objetivo principal proporcionar la máxima calidad de vida de los niños y niñas que tienen una enfermedad a partir de la atención educativa en un hospital. Por lo que, llegados a este punto, sería necesario preguntarnos: ¿cómo se desarrolla y organiza la Pedagogía hospitalaria?

En este sentido, según Violant (2011), la Pedagogía hospitalaria se desarrolla a través de la colaboración y trabajo de diferentes profesionales, cada uno con una disciplina particular, que realizan actuaciones con un objetivo común. Este objetivo común va encaminado a dar respuesta al bienestar y calidad de vida de las personas que se encuentran hospitalizadas. Pero para que esta acción educativa tenga éxito, debe realizarse y planificarse muy bien teniendo presente los cambios que ha sufrido el modelo asistencial, la realidad social y las necesidades específicas de aquellas personas que padezcan de alguna enfermedad.

Violant (2011) va más allá cuando afirma que la pedagogía hospitalaria aporta beneficios educativos a los educandos, para lo cual es indispensable una actuación por parte del profesional de la educación. Actuación que sea oportuna, eficiente y eficaz, ya que tendrá que planear conforme a la realidad social y a las necesidades del niño. Por lo tanto, diremos, que la pedagogía hospitalaria es una forma de enseñar y de vivir el proceso educativo, ya que va más allá de la mera transmisión de conocimientos; es también la necesaria capacidad de hacer frente a la enfermedad y a trabajar y cuidar las emociones que derivan de la hospitalización, para facilitar una estancia más agradable y una pronta recuperación.

3.1.1. Cuándo comienza la Pedagogía hospitalaria

Como bien hemos mencionado anteriormente, la Pedagogía hospitalaria se encarga de prevenir y auxiliar las necesidades que por diferentes situaciones se encuentran en situación de vulnerabilidad, como es el caso de la atención a niños y jóvenes que se encuentran hospitalizados. La Pedagogía hospitalaria, ha sufrido diversas modificaciones en cuanto a su praxis y su terminología.

Los orígenes de la Pedagogía hospitalaria pueden encontrarse en las primeras definiciones de Educación especial. Ésta estaba enfocada exclusivamente a aquellas personas que padecían alguna deficiencia o retraso mental, referente a un ámbito puramente médico-asistencial. Pero, poco a poco, fueron surgiendo cambios que incidían más en lo educativo por la necesidad y obligatoriedad de que estos alumnos también recibieran enseñanza y de la escolarización.

El campo de actuación se ampliaba y, además de las deficiencias psíquicas o sensoriales, se atendían también a los que padecían algún retraso educativo debida a alguna situación “hostil”, como puede ser el caso de la hospitalización.

Por eso, para explicar cuándo y cómo se genera la Pedagogía hospitalaria tenemos que comenzar mencionando la importancia de la Educación especial, que va unida a la integración escolar. Los objetivos de la Educación especial se vinculan con los propios de la Pedagogía hospitalaria en cuanto que ambas proponen un conjunto de medidas y recursos dirigidos a aquellos niños con necesidades educativas especiales; pero hay diferencias. Según Fernández Hawrylak (2000) la Educación especial está encaminada a niños que tienen necesidades educativas especiales, mientras que la Pedagogía hospitalaria pone el énfasis en el espacio donde se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje: el hospital.

De este modo podemos señalar que la Pedagogía hospitalaria asume las aportaciones de la Pedagogía terapéutica ya que ambas tienen planteamientos semejantes. La principal diferencia es que la Pedagogía terapéutica se asocia a los trastornos derivados de alguna deficiencia, mientras que la Pedagogía hospitalaria se refiere a los trastornos asociados a alguna enfermedad (Grau y Ortiz, 2001).

Como consecuencia de las cuestiones que comienzan a plantearse con respecto a la práctica segregadora y el modelo médico de la época; la educación experimenta un cambio muy importante: se ha de integrar a estos alumnos considerados “diferentes” en la escolarización “normal” (Sánchez Polaino y Torres González, 2002).

De esta manera, podemos decir que los niños enfermos presentan necesidades educativas especiales ya que la enfermedad, y sus consecuencias, provocan una cierta disfunción de sus capacidades que puede ser temporal o permanente y que podría dificultar y obstaculizar el acceso al conocimiento.

Por ellos muchos autores apuntan que Pedagogía hospitalaria y Educación especial se encuentran íntimamente entrelazadas, ya que ambas entienden que la acción educativa se lleva a cabo en situaciones especiales, como el caso del ingreso y hospitalización de un niño en edad escolar; y ponen el énfasis en que los docentes sean capaces de atender la diversidad de necesidades educativas que se derivan de las enfermedades que presentan estos alumnos.

3.1.2. Pedagogía hospitalaria: antecedentes metodológicos

Puede afirmarse entonces que la Pedagogía hospitalaria es un complemento de la acción médica en los hospitales por lo que será importante conocer cuáles son los antecedentes de las principales metodologías docentes asociadas a este ámbito.

El origen de la Pedagogía hospitalaria se remonta a mediados del siglo XIX, donde se vio la inminente necesidad de atender al enfermo no solo medicamente, sino también ofreciéndole una atención educativa para optimizar su calidad de vida durante su estancia en el hospital.

Después, en la primera mitad del siglo XX, por iniciativa de muchos pediatras y psicólogos de la época empezaron a constituir los primeros departamentos pediátricos (Elliot, 1987; Lizasoain y Polaino, 1988; Melamed, 1988; Cornweet, 1990; Mc Clowry, 1990; Walker, 1990) para estudiar y paliar el sufrimiento de los niños ante el ingresado hospitalario de larga duración.

Según Lizasoain y Polaino (1988), el niño hospitalizado -incluso el que pasa un corto periodo de tiempo en el hospital-, puede sufrir diversas alteraciones psicológicas y emocionales no solo por su enfermedad, sino por la separación de sus padres y el contexto social quejumbroso y doloroso de un hospital. Cuando apareció la pedagogía en los hospitales se estaba dando respuesta a una realidad: alumnos apartados de la escolarización y sin posibilidades para seguir estudiando mientras estuvieran hospitalizados.

Pero la pedagogía hospitalaria también sirve para que los alumnos logren una estabilidad emocional durante el periodo de ingreso hospitalario. La enseñanza escolar en los hospitales no solo humaniza más la estancia del niño, sino que previene los posibles pensamientos negativos sobre el tratamiento médico y hacia el propio hospital.

Como se mencionó anteriormente, la Educación especial está muy ligada con la Pedagogía hospitalaria. Tanto es así que ambas disciplinas han encontrado referentes pedagógicos en los mismos autores. Entre estos destacan Jean Marc Gaspard Itar, María Montessori y Ovide Decroly quienes ya en el siglo XIX pusieron en marcha una serie de metodologías activas de carácter global e interdisciplinar. Cada uno de estos autores aporta un enfoque distinto, pero con un objetivo común desde una perspectiva interdisciplinar entre la medicina y la pedagogía. Por ello, estos autores ilustres son considerados tan importantes en el ámbito de la educación hospitalaria.

A finales del siglo XVIII un médico francés, pionero de la Educación especial y de la otorrinolaringología Jean Marc Gaspard Itard, se dio a conocer haciéndose muy afamado por sus trabajos en el caso de Víctor de Aveyron, ilustrado como: *“El niño salvaje”*. Un hecho real, que cuenta la historia de un niño que había habitado durante mucho tiempo en el campo, alejado de cualquier contacto humano. Este hecho, tuvo tal impacto en la sociedad francesa de la época, que varios autores analizaron el comportamiento del joven. Según algunos autores, llegaron a la conclusión de que Víctor probablemente tenía un retraso intelectual y madurativo, o incluso podría tratarse de autismo, lo cual no podía solucionarse (Francia, 2000; Humphrey, 1962; Pinchot, 1948). Por el contrario, Itard señaló que los comportamientos que tenía el joven, eran debidos a causa del largo periodo de tiempo que había pasado estando solo en el monte, y aislado del mundo cívico-social; que nada tenía que ver con un retraso madurativo e intelectual. Fue el primer médico hasta el momento, que afirmó que un ambiente rico en estímulos, puede compensar retrasos en el desarrollo causados por la herencia o la privación. Hasta ese momento, habían asumido que las personas con retraso mental eran educables (Humphrey, 1962).

Otra autora de referencia en este ámbito fue María Montessori quien desarrolló sus métodos, utilizando el enfoque del prestigioso médico (el doctor Eduard Séguin, 1975) que trabajó con niños que sufrían trastornos mentales en Francia y Estados Unidos.

Montessori también se sirvió de las observaciones realizadas por el médico Itard. Fue una educadora, científica, médica y psiquiatra italiana cuyas investigaciones sobre niños y niñas con necesidades especiales, de base biológica y psicológica, son fundamentales en el ámbito de la Educación especial y la Pedagogía hospitalaria. Su método tiene como finalidad adaptar el entorno de aprendizaje del niño acorde a su nivel de desarrollo, y posibilitar que el niño alcance un desarrollo integral, desde sus capacidades intelectuales, hasta las físicas y espirituales.

Decía Montessori que la inteligencia del niño se desarrolla mejor a través del trabajo espontáneo y libre, mediante un material didáctico especializado: materiales sensoriales, académicos, artísticos y culturales, etc. Todo para relacionar el aprendizaje con un conjunto de actividades o tareas de la vida cotidiana. Llegó a la conclusión de que “los niños se construyen a sí mismos” a partir de elementos del ambiente.

Por último, Ovide Decroly fue un psicólogo, pedagogo, médico y docente belga de finales del siglo XIX principios del XX que se interesó por los niños y niñas que tuvieran déficits en sus capacidades y habilidades mentales. En el año 1901 creó el *Instituto de Enseñanza Especial para Niños Débiles* y años más tarde (1907) fundó la escuela para niñas regulares llamada *Escuela Decroly* o *Instituto Decroly*. Pero la importancia de este autor está en su metodología, centrada en los proyectos o temas que sean más interesantes para los niños y, que estén relacionados con su entorno próximo (centros de interés). Su método centraba la atención en la observación sistemática del alumno para saber cómo enfocar las actividades de enseñanza-aprendizaje centrándose en la experimentación y la motivación del alumno, como único protagonista de su aprendizaje. En definitiva, el método de Decroly plantea un aprendizaje globalizado, partiendo de las propias percepciones del niño, que no son más que aquellos temas que llamen su atención en su día a día, a las que posteriormente se van asociando a conceptos cada vez más amplios y complejos, siempre y cuando se vayan adaptando dichos conceptos a la progresión del alumno, y no al revés. Todo esto, se resume en que los niños, van construyendo su aprendizaje en base a la práctica y la experimentación, otorgando el juego como un privilegio.

Cada uno de estos tres autores, aporta a sus estudios diversas aportaciones metodológicas, cada una diferente, pero válida a cualquier nivel. De cada una se extraen aportaciones comunes, donde asientan sus primeras bases en la educación especial, para trascender al ámbito de la pedagogía hospitalaria. Estos autores serán mis referentes para la propuesta didáctica que incluye este Trabajo de Fin de Grado.

3.1.3. Marco legislativo sobre pedagogía hospitalaria

El análisis del marco legislativo española sobre pedagogía hospitalaria se asemeja a la europea, en lo que respecta a las actividades pedagógicas que deber ser desarrolladas en todos los hospitales donde se dé el caso de niños y niñas hospitalizados. En este sentido, el 11 de febrero de 1985 el Parlamento Europeo remitió una propuesta para publicar una carta de derechos de los niños hospitalizados.

Pero no sería hasta un año más tarde, en 1986 cuando se adoptó por unanimidad, la *Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado*. Dichos derechos han sido acotados en la siguiente tabla aportada por (Guillén y Mejía, 2002, p. 30):

Derechos de los niños y niñas hospitalizados

1. *Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto de tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.*
2. *Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital.*
3. *Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.*
4. *Derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) a ser sujeto de investigación, y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.*
5. *Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad.*
6. *Derecho a ser tratado, durante su estancia en el hospital, por personal cualificado, con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.*
7. *Derecho a estar protegido jurídicamente para poder recibir todas las atenciones y cuidados necesarios en el caso de que los padres o la persona que los sustituya se nieguen por razones religiosas, culturales u otras.*
8. *Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando la hospitalización entre adultos.*
9. *Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a 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 una hospitalización prolongada.*
10. *Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.*

Pero la Pedagogía hospitalaria se había desarrollado varias décadas antes. La primera oferta de empleo para docentes en los hospitales fue publicada en el Decreto del 23 de julio de 1965, donde se precisa dar atención educativa a niños y jóvenes adolescentes, siendo atendidos en zonas sanitarias especializadas como: casas de cura, casas de salud, etc. (Taburno, 1999).

Pero la realidad es que hay escasa legislación en esos años y el gobierno español se fija en las normativas aprobadas por el gobierno de Francia, tal y como afirma Alguacil (1997):

“la llegada a nuestro país, y desde el punto de vista legislativo, su funcionamiento ha sido mucho más tardío. De igual manera, si ha habido otro tipo de intervenciones a nivel particular en algunos hospitales en concreto de España, impulsadas por algunos profesionales ajenos a la educación, como es el caso de: enfermeras, celadores, auxiliares, ...”

Este primer Decreto, referido en el párrafo anterior, abrió el camino a la llegada a los hospitales de personal cualificado de la educación. Hasta el año 1982, no se proclama la primera referencia legislativa sobre este asunto, con la publicación de la Ley de Integración Social de Minusválidos (Ley 13/1982, de 7 de abril BOE 30 de abril, 1982), donde se establece cómo ha de ser la actuación educativa que debe llevarse a cabo en los hospitales. Pero es en la Constitución española se explicita que todos los españoles, tenemos derecho a una educación, siendo los poderes públicos los apoderados de eliminar cualquier impedimento o traba que lo dificulte.

A partir de este momento histórico, se desarrollaron toda una serie de disposiciones legislativas en las que se describen las medidas a seguir, desde el punto de vista de la Educación especial hasta la Educación compensatoria.

En concreto, en cuanto al fenómeno que nos ocupa la Pedagogía hospitalaria, existen una serie de leyes que regulan las intervenciones educativas en el ámbito hospitalario. Algunas de las más importantes son:

- *Ley 13/1982 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos.* En su artículo 29 establece que todos los hospitales que dispongan de servicios pediátricos permanentes, infantiles o de rehabilitación, ya sean de la Administración del Estado, de Organismos Autónomos, de Comunidades Autónomas y de Corporaciones Locales, tendrán que contar con una sección pedagógica que impida y prevenga la posible marginación que puedan sufrir los alumnos durante el proceso de hospitalización.

De esta manera, se daba relevancia a la Pedagogía hospitalaria, que es la que regula la atención de niños hospitalizados, y a la Educación compensatoria, encargada de paliar las desventajas educativas de estos niños y niñas hospitalizados. Era la primera piedra del marco legislativo en el que se sustenta la posterior legislación, surgida en años posteriores.

▪ *Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Con la LOGSE, se volvió a incidir en la atención de aquellos niños que, por diferentes situaciones, se ven más perjudicados, apoyando la Educación compensatoria, estableciendo en su Título Quinto, artículo 63, que:*

1. (...) *los poderes públicos desarrollarán las acciones de carácter compensatorio con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situación desfavorable...*

2. *Las políticas de Educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten las desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole.*

Esta ley, por tanto, no hacía sino reafirmar la idea de que era necesaria una educación que compensara los déficits de los alumnos que, por circunstancias médicas -entre otras-, pudieran ver limitado su acceso a la cultura y su derecho a la educación.

▪ *Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, establece en el artículo 3.6 que el Ministerio de Educación y Cultura promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria internados en ellos.*

Gracias a este Real Decreto de 1995, aquellos niños con necesidades educativas especiales, como el caso de la hospitalización, cuya formación no pueda continuar en la escuela ordinaria, será puesta a disposición centros hospitalarios y de rehabilitación con aulas destinadas a su formación continuada. Esto es importante para que los niños puedan continuar llevando una vida lo más normalizada posible; tanto a nivel educativo, como a nivel socio emocional.

▪ *Real Decreto de 299/1996 de 28 de febrero de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, y que deroga el Real Decreto 1174/1983, de 27 de abril. En el apartado relativo a la actuación educativa con los niños hospitalizados, recogido en el Capítulo III, sección 2ª, establece que:*

- *Art. 18.1. El alumno hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que se desarrolle su proceso educativo.*

- Art. 18.2. *Excepcionalmente, cuando no pueda asistir a un centro educativo por permanencia prolongada en el domicilio por prescripción facultativa, podrá matricularse en la modalidad de educación a distancia, y mantener esta situación mientras permanezca la condición que la generó.*

Gracias a este tipo de modalidad, el niño podrá continuar sus estudios desde casa, lo que promoverá que el niño no se desanime, no se dé un desfase curricular, y en la medida delo posible continúe una vida normal.

Por otro lado, también he encontrado algunos artículos que hacen referencia a las Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias, así como seguimiento, planificación y evaluación de estas.

El Artículo 19 menciona lo siguiente:

- Art. 19.1. *El Ministerio de Educación y Cultura creará Unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos que mantengan regularmente hospitalizado un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, y a petición de instituciones hospitalarias de titularidad privada, podrá formalizar convenios para la concertación de Unidades escolares de apoyo.*
- Art. 19.2. *La organización y funcionamiento de las Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias se regirá por las normas establecidas para el funcionamiento de las escuelas unitarias y centros incompletos...*

Este artículo, centra su organización y funcionamiento de estas Unidades escolares de apoyo en un hospital, regidas por el funcionamiento que realizan las escuelas unitarias y centros incompletos. Al hablar de escuelas unitarias, se pretende hacer referencia a las antiguas escuelas de la zona rural donde solo existe un aula y todos los niños están juntos.

Por otro lado, los centros incompletos, son aquellos centros donde hay menos de seis aulas y según el cupo de niños, se agrupan en ciclos o incluso de tres etapas diferentes en una misma aula.

El Artículo 20, referente a la Atención domiciliaria, hace referencia a la forma de planificación, el seguimiento, así como cada una de las evaluaciones que son necesarias en dichas actuaciones.

- Art. 20.1. *Las Direcciones Provinciales del Departamento, en coordinación con la Administración sanitaria, establecerán Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias...*
- Art. 20.2. *El Ministerio de Educación podrá formalizar convenios con entidades públicas y asociaciones con ánimo de lucro para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria dirigidos al alumnado con permanencia prolongada en su domicilio por prescripción facultativa...*

En lo que respecta a los poderes públicos autonómicos, al presentar este TFG en la comunidad de Castilla y León, he encontrado la Orden EYH/315/2019, de 29 de marzo, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centro educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias socio sanitarias. Hay que recordar que esta comunidad tiene atribuidas a través de su Estatuto de Autonomía una serie de competencias en materia de educación, sanidad y servicios sociales (establecida en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León). La orden EYH/315/2019 que mostraré a continuación recoge toda la información referente a las Aulas hospitalarias y a la Atención domiciliaria.

Se estructura en seis capítulos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y dos finales. Los capítulos IV y V, se centran en recoger la información referente a las Aulas Hospitalarias y la Atención Domiciliaria.

- *Capítulo IV. <<Atención educativa hospitalaria>> engloba los conceptos de atención educativa hospitalaria y aula educativa hospitalaria, los tipos de esta última, la ordenación y funcionamiento de la atención educativa hospitalaria, los docentes que prestan esta atención y sus funciones, las funciones del equipo docente del centro educativo, el proceso de coordinación y el seguimiento, evaluación y memoria.*
- *Capítulo V. <<Atención educativa domiciliaria>> regula el concepto de atención educativa domiciliaria, el alumnado destinatario, la ordenación y funcionamiento de esta atención educativa y su procedimiento de solicitud, los docentes que la prestan y sus funciones, las funciones del equipo docente del centro educativo, los compromisos del padre, madre o tutor legal del alumno, el proceso de coordinación y el seguimiento, evaluación y memoria.*

En el año 1999, una vez tomadas las competencias en materia educativa, las administraciones públicas nacionales establecieron los criterios por los que se debían regir las actuaciones dirigidas a los alumnos y alumnas hospitalizadas y convalecientes.

Los objetivos generales van en consonancia con los que marcan para el territorio europeo. Dichos criterios de actuación con alumnos hospitalizados son los siguientes, y surgen ante la necesidad de:

- Proporcionar la atención educativa al alumnado hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso enseñanza/aprendizaje y evitar el retraso que pudiera derivarse de su situación.
- Favorecer, a través de un clima de participación e interacción, la integración socioafectiva de las niñas y niños hospitalizados, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el hospital, programando actividades de ocio de carácter recreativo y educativo en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollan acciones en el entorno hospitalario. (citado por Guillén y Mejía, 2002, p. 29).

3.2. AULAS HOSPITALARIAS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

Después de haber delimitado el término Pedagogía hospitalaria, será importante abordar la importancia de las aulas hospitalarias, como espacio, y la Atención domiciliaria; donde los docentes jugamos un papel muy importante de estos dos contextos.

En este sentido, según los autores Guillén y Mejía (2002), en su libro *“Actuaciones Educativas en Aulas Hospitalarias”*, las aulas hospitalarias son centros de enseñanza creadas en su momento por el Ministerio de Educación y Cultura y puestas a disposición del alumnado enfermo que se encuentran en diferentes hospitales de España.

De esta manera, se asegura la educación de los alumnos enfermos cuando estos no puedan acudir a la escuela por motivos de ingreso hospitalario. Además, será necesaria, según el caso, una atención posterior en su domicilio que recibe el nombre de Atención domiciliaria.

Las Aulas hospitalarias tienen como objetivo prioritario minimizar en lo máximo posible los retrasos escolares que por causa de su hospitalización pueda presentar un niño, tomándose para ello, medidas de apoyo que sean oportunas y útiles para reducir la ansiedad que su enfermedad les induce.

Pero, ¿cuáles son las diferencias entre un Aula hospitalaria y un Aula ordinaria? Según Serrano y Prendes (2014) las Aulas hospitalarias requieren un modo de actuación diferente que el docente debe conocer. Por ejemplo, la asistencia al aula es voluntaria y las actividades están sujetas al estado físico y al tratamiento médico que se determine para cada niño o niña en cada momento. Los horarios y el número de profesores o profesoras son reducidos. Los agrupamientos del aula, varían continuamente dependiendo del estado de salud, y están formados por alumnos y alumnas de diferentes edades por lo que la atención debe ser lo más personalizada posible.

Para lograr esta personalización es conveniente empatizar y conocer al alumnado objeto de atención. Estos alumnos pueden ser, siguiendo a Guillén y Mejía (2002), según la permanencia en el centro hospitalario:

- Niños y niñas de larga hospitalización (superior a un mes).
- Niños y niñas de media hospitalización (15-30 días).
- Niños y niñas de corta hospitalización (menos de 15 días).
- Niños y niñas atendidos en su propio domicilio (Atención domiciliaria).

Pero también es importante conocer la patología del alumno. Todo ello ayudará a los docentes a organizar su tarea y metodología; ya que, las programaciones de aula variarán según si su hospitalización es corta o larga. Y también será importante que se haga una continua y óptima colaboración entre el docente del aula hospitalaria y el docente del centro educativo donde está escolarizado el alumno con el objetivo de optimizar su programación de aula.

Para conocer las diferencias que presenta un Aula hospitalaria con un Aula ordinaria, los autores Lizasoain y Lieutenant en un seminario de pedagogía hospitalaria de Manresa en (2003), elaboraron un cuadro que recogía las principales diferencias entre un aula y otra.

AULA ORDINARIA	AULA HOSPITALARIA
Asistencia obligatoria	Asistencia voluntaria
Atención en grupo	Atención individual
Grupo fijo de alumnos	Cambios constantes
Programación fija y determinada según currículo	Programación flexible
Varios docentes	Pocos docentes
Aulas más o menos parecidas	Salas comunes, habitaciones o aula hospitalaria
Actividades físicas y deportivas	Actividades condicionadas al estado de salud y al centro

Tabla 1. Aula ordinaria y Aula hospitalaria. Fuente: Elaboración propia.

Se puede afirmar, por lo tanto, que la Atención domiciliaria a la que hemos hecho alusión en el último punto, hace referencia a un tipo de Atención educativa dentro del domicilio; brindando apoyo educativo dentro del hogar del niño. Esta intervención dentro del propio domicilio del menor constituye un conjunto de actividades socio-sanitarias y de ámbito comunitario, con la finalidad de detectar, valorar y dar apoyo englobando aspectos médicos y educativos dirigidos a las personas que, por problemas de salud, pero que no requieren de ser hospitalizados no pueden acudir a la escuela.

Los beneficiarios de recibir Atención domiciliaria son aquellos niños que, una vez dado de alta en el hospital, deben permanecer en sus hogares durante un tiempo más o menos prolongado (un mes mínimo) por padecer una enfermedad crónica o aguda, que les impida poder asistir a clases en la escuela ordinaria.

Se podrá extender a 2º Ciclo de Educación Infantil y Educación Secundaria postobligatoria, en función de la disponibilidad de los recursos, tanto económicos como humanos de la Conserjería de Educación y Cultura de cada Comunidad Autónoma.

Entre los objetivos de la atención domiciliaria, se puede destacar los siguientes (Guillén y Mejía 2002, p. 109):

- “Intentar evitar en la medida de lo posible retrasos escolares y la sensación de fracaso que aparece en los niños por el periodo de tiempo que se ven obligados a permanecer en sus hogares”.
- “Aliviar los periodos de ansiedad o problemas afectivos que aparecen durante la enfermedad”.
- “Mejorar su calidad de vida”.
- “Facilitar su posterior integración al grupo-clase, con la vuelta a la normalidad escolar en su centro de origen”.

Según cómo funciona la atención hospitalaria para que se dé el correcto desarrollo y cumplimiento de este proceso, es necesaria la coordinación entre todos los grupos implicados, siguiendo necesariamente los siguientes pasos:

1. El centro escolar de donde procede el alumno, deberá ser comunicado a la Delegación Provincial de Educación y Cultura. Esta notificación, irá a su vez complementada por el docente del aula hospitalaria.
2. El Equipo de Orientación Educativa, tras realizar el diagnóstico clínico del niño, valorará cuáles han de ser atendidos en su propio domicilio.
3. Será la Delegación Provincial de Educación y Cultura, quien busque personal adecuado para llevar a cabo esta actividad.
4. Por último, se dará una coordinación intrínseca entre tutor o tutora del centro escolar y la persona designada para llevar a cabo la atención domiciliaria. De esta manera, no existirá ningún obstáculo ni dificultad para continuar óptimamente con sus tareas escolares y cumplir el currículo establecido.

A continuación, se presenta el siguiente **Organigrama** de las personas que intervienen en el proceso y que están interrelacionadas en todo momento, quedaría de la siguiente manera:

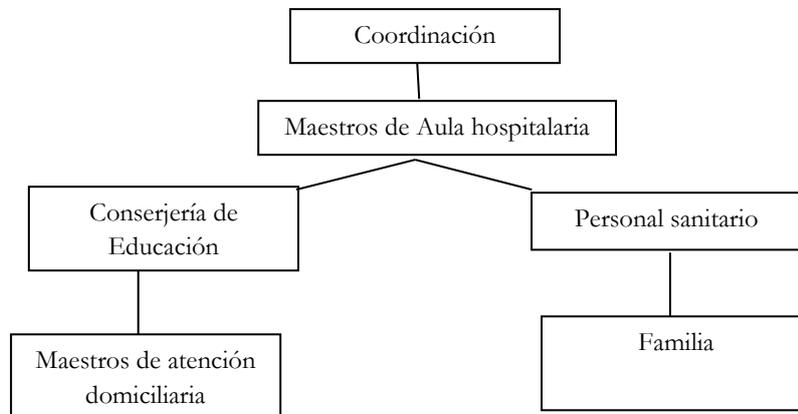


Figura 1. Organigrama Aula hospitalaria. Fuente: Elaboración propia, basándome en el Aula hospitalaria del Hospital Universitario de Burgos.

3.2.1. Estrategias docentes en las Aulas hospitalarias

Por todo lo explicado, es importante reflexionar sobre las estrategias docentes que se emplean según el tipo de alumnado y cuál sería el rol docente dentro de las Aulas hospitalarias, así como el importante papel que juegan las familias en esta realidad educativa.

Como ya he hecho mención anteriormente, la población a la que van destinados estos programas, está compuesta por niños con edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. A partir de la mencionada atención en el rango de esta edad, se pueden diferenciar varios grupos en relación a dos aspectos característicos; por un lado, la duración en el hospital y sus posibilidades reales de movilidad en este periodo. También he mencionado que existen varios estadios o niveles temporales con respecto a la estancia en el hospital. Este periodo va, desde la larga hospitalización (igual a un mes o más), hasta periodos cortos (menos de 15 días).

Otra característica a tener en cuenta, es su movilidad dentro del centro hospitalario. Alumnos que pueden desplazarse al aula del hospital, y otros que por el contrario, no pueden abandonar la planta por prescripción facultativa, o incluso alumnos que deben permanecer en la cama o en su habitación (aislados, patógenos...). Todo esto, influirá en la estrategia que emplee el docente según el paciente.

El hecho de ingresar en un centro hospitalario, supone la aparición de infinidad de manifestaciones negativas como (ansiedad, miedo, inseguridad, ...); pero esto con mayor fuerza, cuanto más pequeño es el niño, y a su vez; más miedo y ansiedad manifiestan de dicha situación.

Por ello el papel del docente, en coordinación con los demás quipos que intervienen en esta actividad es fundamental, sin obviar el papel de la familia que ha de estar siempre presente y en colaboración con todos y cada uno de los colaboradores que participan dentro del Aula hospitalaria.

Considerando todas las circunstancias que circunscriben alrededor del niño o niña en situación de hospitalizado (angustia, ansiedad, miedo, ...), maestros y maestras son fundamentalmente necesarios en la consecución de los objetivos de estas aulas. Pero no solo actuarán como formadores, “perseguidores de objetivos”, sino que serán agentes motivadores. Emplearán estrategias pedagógicas que fomenten la creatividad de este colectivo.

En este sentido, Fernández (2000) menciona a Haller, Talbert y Dombro (1978), los cuales señalan que los maestros del niño hospitalizado, deben caracterizarse por:

- Ser capaz de manejar la gran variedad de niños y niñas de diferentes niveles educativos, edades y personalidad, con lo que va a trabajar.
- Tener una buena base y una amplia experiencia en aulas, campamentos o lugares de recreo.
- Ser altamente perceptible y sensible para captar y comprender las necesidades educativas y emocionales de cada uno de los niños y niñas con los que se vaya a trabajar.
- Voluntad para trabajar en condiciones variables e irregulares.
- Ser tolerante ante las interrupciones de la rutina escolar y comportamientos que se puedan producir dentro del aula.
- Tener un buen control y manejo para enfrentarse a situaciones de enfermedad y muerte.

Algunos autores como Alonso y Fuentes (2000), reflexionan sobre estrategias y actividades que se desarrollan en algunas Aulas hospitalarias, y que son buenas prácticas educativas que me sirven de referencia para diseñar la propuesta didáctica posterior. Me he fijado en aquellas que pudieran tener una similitud con la propuesta didáctica a proponer en dicho trabajo.

Entre ellas el Hospital Niño Jesús, de Madrid, con la tradición de los Talleres Artísticos. Tiene una trayectoria que se remonta al año 1976, en los que se introduce al niño de una manera sencilla y divertida en el mundo de las artes plásticas (Delgado Gómez, M.^a F, 1997).

Otras de las ideas que son dignas de mencionar aquí, es la de los talleres que utilizan materiales propios del entorno hospitalario como un medio de desarrollar la expresión artística y que se llevan a cabo en el Hospital Universitario de Getafe, en colaboración con varios hospitales de Madrid. (Funes y Sánchez, s.f.-).

Por último, otro de los proyectos interesantes es el llamado “Mundo de estrellas”, llevado a cabo en Andalucía. En este proyecto, se recogen las experiencias de otros países como The Startbrigh Foundation (Estados Unidos), CyberHosto (Francia) o Sterrekind (Holanda). Se trata de trabajar con los niños ingresados, por medio de actividades táctiles, creando mundos virtuales donde sean capaces de desarrollar su fantasía. De la misma manera, este medio les facilita la posibilidad de comunicarse con otros niños en su misma situación, ya sean de su propio centro hospitalario o de otros.

3.2.2. El rol de las familias en la hospitalización

Al igual que la figura del docente es un elemento clave para el ajuste psico-social y educativo del niño que se haya hospitalizado, por ser intermediario entre el personal médico y el colegio, la familia también se hace imprescindible en la vida del niño y en la participación y colaboración de este medio y estos agentes.

La socialización primaria, cumple uno de los papeles más importantes y activos a su vez durante este proceso. La familia, como medio de poder conocer y profundizar en la historia personal y psicológica del niño, se convierte en un agente importante de ayuda, colaboración y de apoyo en muchos aspectos de esta tarea.

Pero el factor más influyente que tienen los padres y madres, se ve reflejado sobre todo en los tiempos libres y de ocio de los alumnos y alumnas. El tiempo libre, es un momento de disfrute, despreocupación y placer, después de haber terminado nuestras tareas y obligaciones. Para cualquier persona, el tiempo libre es indispensable y necesario, después de haber cumplido con nuestras tareas necesarias, que varían según cada persona; tareas diarias como, por ejemplo: ir al trabajo, hacer la comida, ir a comprar, ... Después de haber completado todas y cada una de nuestras obligaciones, el tiempo que nos quedará después será el denominado: ocio.

Por lo tanto, el tiempo libre y de ocio, en este caso dependerá inminentemente de los padres y madres, o tutores de los menores hospitalizados. Este papel de las familias, es determinante en la educación global del niño y más encontrándose en dicha situación.

Ya que estos niños debido a su situación, en muchos casos no pueden abandonar la habitación, es necesario que de otra manera, aunque sea de forma exclusiva en la habitación del hospital, los tiempos para cada actuación estén bien definidos, para que sepan cuando se realiza cualquier actividad, incluida la del “momento de ocio” (individual y familiar).

Los papás y mamás, podrán de manera indirecta en estos pequeños momentos de liberación, acercarlos un poquito del exterior. Mediante conversaciones del día a día, como por ejemplo hablarles de lo que han hecho hoy los papas, alguna anécdota del día..., actividades lúdicas, cuentos, ... es definitiva; actividades de lo más normalizadas, intentando crear dentro de lo posible lo que sería un ambiente familiar en el hogar, pero dentro del aula de un hospital. Por lo tanto, esto les ayudará a afrontar esta situación dramática tanto para los como para los padres, de otra forma.

Mediante la participación en los procesos de recuperación de la enfermedad, así como en los procesos educativos, y de la organización de tiempo libre y de ocio, forman una serie de principios metodológicos motivacionales que ayudan a paliar fenómenos psicológicos y emocionales, derivados de la situación que se ha producido.

3.2.3. La gestión de las emociones en los hospitales

Docentes, médicos y familias tenemos que coordinarnos para que todo ingreso en un centro hospitalario, genere el menor impacto emocional para cualquier alumno. El ingreso y hospitalización de un individuo, conlleva a la separación de su familia y su entorno más cálido y próximo, en un medio totalmente desconocido para él o ella. A esta situación, se le suma la preocupación e incertidumbre que le surge a la persona de no tener en su poder, el

conocimiento de no saber qué es lo que va a suceder durante su hospitalización, y de cuánto tiempo va a estar en esa situación, generando en la persona gran temor y angustia. Pero mayor es aún, si el colectivo al que hacemos referencia es un menor, siendo este más vulnerable a dicha situación; ya que cuanto menor es el niño, más complejo le resultara superar este acontecimiento, reconocido como traumático para él o ella.

Tal situación, hace que se den trastornos emocionales derivados del ingreso en un hospital. De hecho, un alto porcentaje de niños y jóvenes que están hospitalizados, sufren trastornos emocionales durante su ingreso, su estancia y todas las intervenciones a las que son sometidos. Tal y como señala Martínez (2006), un 35% de los pacientes de pediatría muestran altos signos de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario.

Ese estrés y angustia que surgen de la enfermedad y la hospitalización, implican un impacto psicológico, manifestado a través de distintas actitudes y comportamiento disruptivos, como pueden ser: la agresividad, falta de apetito, trastornos del sueño, dependencia afectiva; entre otros. A nivel cognitivo también surgen otras manifestaciones como pueden ser la incapacidad para mantener la atención, o la dificultad para concentrarse en la tarea. Mientras que, a nivel emocional es evidente que se den problemas de ansiedad, miedos, depresión, desinterés, etc. (López & Fernández, 2006).

Por todo ello, y teniendo en cuenta que el niño hospitalizado precisa de unas necesidades educativas especiales, necesitará por ende de unas actuaciones muy concretas, con programaciones de aula lo más abiertas y flexibles, que respondan a sus intereses y necesidades individuales, siempre desde la empatía y el cariño con emociones positivas que sirvan para suavizar su estancia en el hospital.

3.3. EDUCAR LAS EMOCIONES. DESARROLLO E INTELIGENCIA EMOCIONAL: EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN

Desde el ámbito educativo, es necesario que ayudemos al niño a que vea el Aula hospitalaria desde una perspectiva positiva, evitando paliar en la medida de lo posible toda consecuencia que deriva de este entorno (miedo, ansiedad, preocupación, angustia, ...). Es nuestra función como docentes, que el aula sea un lugar donde continuar adquiriendo conocimiento y divirtiéndonos, sino un lugar donde hacerle un hueco a las necesidades emocionales y sociales de los niños. De este modo, trabajaremos las emociones ya que están vinculadas al estado de ánimo del niño, lo que favorece en el avance de su recuperación.

En este sentido, todas las personas experimentamos infinidad de emociones cada día a lo largo de nuestra vida. Las emociones son activadas, cuando nuestro organismo detecta algún peligro o amenaza, con el fin de poner en marcha los recursos que tenemos a nuestro alcance, para poder controlar dicha situación (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Según el Diccionario de la Lengua Española, define emoción como la “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (DLE, 2011). Esta aceptación recoge el significado psicológico ordinario. Sin embargo, deja escapar parte de su naturaleza, como la dimensión subjetiva y la finalidad de las mismas en nuestra vida cotidiana.

Otra definición, desde el paradigma psicológico actual, es la ofrecida por el profesor Martínez Selva (1995), experto en fisiología de las emociones, que las define como:

“Reacciones complejas y estructuradas, de carácter rápido, difícil de controlar, con un fuerte contenido subjetivo y fisiológico, que alteran el comportamiento que se está realizando en ese momento y que preparan para la acción” (p.185).

Existen otros autores anteriores, que junto a Martínez Selva comparten este mismo concepto de emoción, basada también en factores fisiológicos como nos muestra James-Lange (1995) en su famosa *Teoría de las emociones*.

Todos estos expertos coinciden en que basamos nuestra experiencia de la emoción en la conciencia de las respuestas fisiológicas o sensaciones físicas a los estímulos que la provoca, tales como aumento de nuestro ritmo cardíaco y espasmos musculares. De tal forma, también se dan otras teorías acerca de la emoción. Las dos primeras han ido encaminadas a procesos únicamente fisiológicos, pero hay otras teorías sobre las emociones.

También hay autores que basan su teoría, por un lado, en un proceso de cognición y, por otro, en la interacción de ambas, es decir: la unión de factores fisiológicos y factores cognitivos. Por ejemplo, la teoría expuesta por Cannon (1927) y Bard (1938), destaca que las emociones están formadas tanto por nuestras respuestas fisiológicas como por las experiencias subjetivas de la emoción ante un estímulo. Estos autores también añaden, que toda reacción física que se manifiesta por las diferentes emociones, son iguales para todos, en base, eso sí, únicamente a las señales fisiológicas, ya que sin ellas no podríamos distinguir una emoción de otra.

Tipos de emociones

Las emociones como sabemos, son portadoras de información, las cuales nos van a decir qué es aquello que necesitamos ante las distintas situaciones que se nos presenten en nuestras vidas. Las emociones pueden ayudarnos en diferentes aspectos, como, por ejemplo: a conocernos mejor; a saber, que es aquello que nuestro cuerpo nos pide, es decir lo que necesitamos; a saber, gestionarlas; el conocerlas y saber controlarlas, aumentando así nuestra autoestima, ... En definitiva, el control de las emociones sirve para ser cada día más felices.

Por todo ello, debemos ser ante todo conocedores de los diferentes tipos de emociones, para poder así trabajarlas y gestionarlas en cada momento de nuestras vidas de forma asertiva. Puede decirse que hay distintos tipos de emociones: (1) las llamadas emociones básicas o primarias como el miedo, enfado, tristeza y alegría -fácilmente perceptibles-, ya que provocan un comportamiento estandarizado y sus causas suelen ser invariables; (2) posteriormente se van añadiendo otras un poco más complejas como pueden ser: la sorpresa y la aversión.

Los niños muy pequeños, solo son capaces de distinguir algunas emociones como la felicidad, la tristeza y el enfado. Pero de manera progresiva irán aprendiendo muchas más.

Existen diferentes tipos de emociones de las que muchos autores han tratado de realizar una tipología de estas, pero aún no se ha podido llegar a un consenso. Goleman (2001) afirma que: “la verdad es que en este terreno no hay respuestas claras y el debate científico sobre la clasificación de las emociones aún se halla sobre el tapete” (p. 419).

Otro tipo de clasificación de emociones es la propuesta por autores como Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2001), clasifican las emociones en primarias, secundarias, positivas, negativas y neutras.

Emociones primarias: poseen alta carga genética, presentando respuestas emocionales reorganizadas, aunque modeladas por el aprendizaje y la experiencia.

Emociones secundarias: emanan de las emociones primarias. Están centradas en un alto grado de desarrollo individual y sus respuestas difieren de unas personas a otras.

Emociones negativas: caracterizadas por sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la necesaria movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Son: el miedo, la ira, la tristeza y el asco.

Emociones positivas: implican sentimientos agradables, valoración de la situación como beneficiosa. Son de duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento. Como, por ejemplo: la felicidad.

Emociones neutras: son aquellas que no producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni deseables, es decir, que no pueden considerarse ni como positivas, ni como negativas, y tienen como finalidad el facilitar la aparición de posteriores estados emocionales; es el caso de la sorpresa.

A partir de los aportes realizados por Marina y López (1996), Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2001), Greenberg (2000) se presenta a continuación una descripción gráfica de los tipos de emociones que existen según sean categorizadas como, emociones primarias, emociones secundarias y emociones sociales:

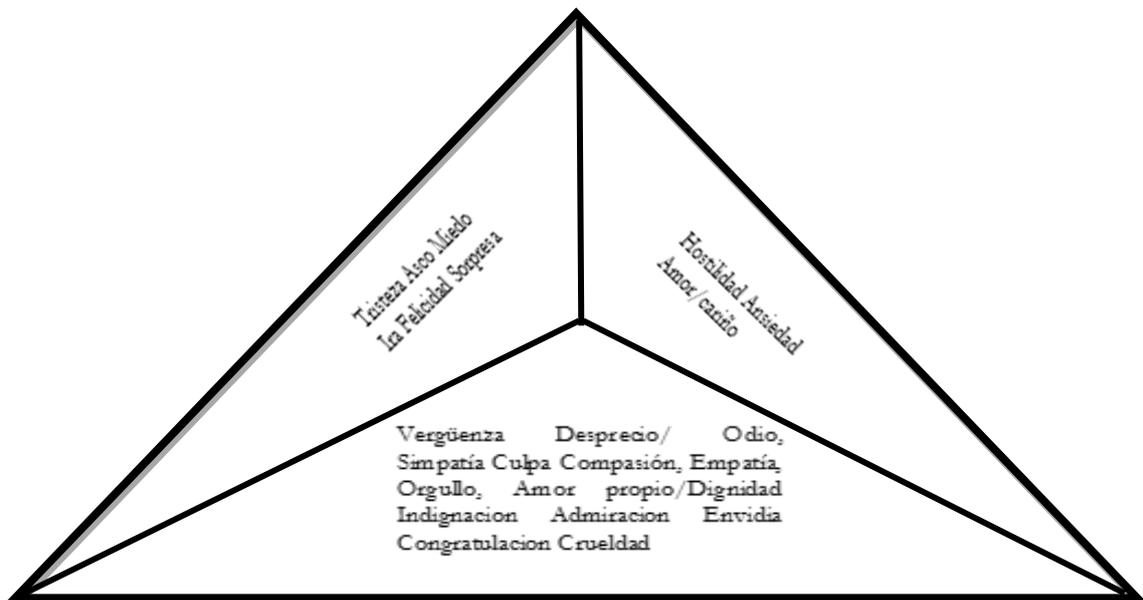


Figura 2. Pirámide de Las Emociones. Fuente: Siguiendo a Vivas, Gallego y González (2007, p. 30).

3.3.1. La Inteligencia emocional

“El cerebro emocional responde a un evento más rápidamente que el cerebro pensante.”

(Daniel Goleman)

Las personas no nacen dotadas de Inteligencia emocional, sino que estas emociones comienzan a desarrollarse desde que son pequeños, y se irán perfeccionando en las distintas etapas de la vida.

El desarrollo emocional y afectivo en la infancia se refiere al proceso por el cual construye su identidad, su autoestima, la seguridad y confianza en sí mismo y en el mundo que le rodea, a través de las interacciones que establece con las personas significativas de su ambiente, ubicándose a sí mismo como una persona única y diferenciada de los otros.

El aprendizaje emocional requiere todo un proceso de identificación, manejo, expresión y regulación de sus emociones que no supone un desarrollo fácil y en el que intervienen tanto aspectos conscientes como inconscientes.

Durante los primeros meses debido a su dependencia del adulto en todos los sentidos, la relación estrecha que va a establecer con las personas que le cuidan va a ser determinante para explorar su entorno con la seguridad y confianza que necesita. El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo. Esto, permite entre el bebé y las personas encargadas en su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. Para que se produzca un vínculo estable, de apego, con los cuidadores primarios, ha de establecerse desde el momento del nacimiento, ya que permitirá construir un lazo emocional íntimo con los cuidadores. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño o niña construir una relación de apego seguro (Bowlby, J. 1989).

Cuando queremos expresar alguna emoción, el lenguaje juega un papel muy importante. Cuanto más amplio y mejor sea el vocabulario, mejor podremos expresarnos y será también más fácil lograr entender las emociones de los demás.

Durante la infancia, más concretamente sobre los dos-tres años, este lenguaje se va ampliando aún más. Por lo que la respuesta empática, que está a su vez relacionada con las emociones, y con ser capaces de comprender los sentimientos de los demás, les ofrecerá mayor eficacia y comprensión de sus emociones y las de los demás, según se va incrementando su lenguaje.

EDAD	EXPRESIÓN EMOCIONAL	COMPRENSIÓN EMOCIONAL
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Presentan señales de casi todas las emociones básicas: sonrisa refleja, disgusto... • Aparece progresivamente la sonrisa social. • Aparece la risa. • La expresión de felicidad es mayor en personas que conocen. 	<p>-Se asemejan las expresiones emocionales con las de las personas adultas durante las interacciones.</p> <p>-Se responde a los mensajes emocionales transmitidos por el tono de voz.</p>
7-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la ira y el miedo en desconocidos. • El miedo desarrolla a la persona como base segura desde la que explora. • Mejora la autorregulación emocional, ya que el gateo le permite controlar estímulos agradables o desagradables. 	<p>-Aparece la habilidad para detectar el significado de expresiones emocionales de otras personas.</p> <p>-Se desarrolla la referencia social. La expresión emocional influye en ellos, y actuarán en función de ella.</p>
1-2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Aparecen las emociones autoconscientes (vergüenza, culpa, ...) 	<p>-Aumenta el lenguaje y el vocabulario para hablar sobre las emociones.</p> <p>-Aparece la respuesta empática.</p>
3-6 años	<ul style="list-style-type: none"> • A medida que el lenguaje va mejorando, comienzan a desarrollarse estrategias conductuales y cognoscitivas para la autorregulación emocional. • Aparece la habilidad para simular emociones que no se sienten. 	<p>-La comprensión de las emociones se hace más precisa y compleja. Se predicen las consecuencias de una emoción.</p> <p>-A medida que se desarrolla el lenguaje, se utilizan más palabras para consolar a otros (respuesta empática reflexiva).</p>

Tabla 2. Desarrollo emocional en la infancia. Fuente: Siguiendo a Monjas (2009)

Por lo tanto, resulta necesario trabajar sobre el manejo de las emociones en el aula hospitalaria, ya que ayudará al niño a aceptar mejor su situación, siendo capaz de controlar el miedo que hace que agrave la situación, mejorando su estado anímico favoreciendo incluso a que su recuperación sea más efectiva.

La definición de Inteligencia emocional ha acaparado la atención de los investigadores, desde el artículo de Salovey y Mayer (1990). Según estos autores, la Inteligencia emocional consistía en la habilidad de manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones. Estos autores han ido reformulando el concepto en sucesivas aportaciones (Mayer y Salovey, 1993, 1997; Mayer, Caruso y Salovey, 1999, 2001; Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

Una de las que se toman como referencia es la definición de Mayer y Salovey (1990), como la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones.

El punto de vista de Daniel Goleman (1995) probablemente sea el que se haya difundido más. Recogiendo las aportaciones de Salovey y Mayer (1990), considera que la inteligencia emocional es: “la capacidad para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos al trabajar con otros”. Recogiendo las aportaciones de Salovey y Mayer, la Inteligencia emocional sería entonces:

- 1) *Conocer las propias emociones.* Tener conciencia de las propias emociones, siendo capaz de reconocer un sentimiento en el momento en que se produce.
- 2) *Manejar las emociones.* Manejar los propios sentimientos a fin de que se expresen de forma apropiada. Teniendo la habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad, siendo estas muy importantes para las relaciones interpersonales.
- 3) *Motivarse a sí mismo.* Es necesario encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos que serán necesarios para la automotivación, el manejo y la realización de actividades creativas.
- 4) *Reconocer las emociones de ellos demás.* La clave está en la empatía. Las personas empáticas tienden a ser más productivas y efectivas en las actividades que emprenden.

- 5) *Establecer relaciones.* Establecer buenas relaciones con los demás es, en efecto, la habilidad de manejar tus propias emociones. Las personas que son capaces de dominar estas habilidades sociales, son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás.

El concepto de Inteligencia emocional comienza a tomar fuerza en el año 1983, cuando Howard Gardner, en su libro *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica*, introdujo la idea que los indicadores de inteligencia, como el Coeficiente Intelectual (CI), no explicaban plenamente la capacidad cognitiva de la persona. Por ello Gardner vio como necesario incluir varios tipos de inteligencias emocionales que son necesarias para las personas, y que sin embargo no se tienen en cuenta, como son la *Inteligencia interpersonal*, definida como la capacidad para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de otras personas, y la *Inteligencia intrapersonal*, siendo ésta, la capacidad que tenemos para comprendernos a nosotros mismos, saber apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propias.

En definitiva, el término inteligencia emocional, se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones.

A lo largo de los años, el Doctor Howard Gardner, ha explorado la existencia de muchas inteligencias, que sumando muchas de ellas, pueden dar como resultado a la aproximación acerca del potencial de las personas. Basa esta idea de que las personas tenemos ocho tipos de inteligencias, que son las que componen la Teoría de las Inteligencias Múltiples: Inteligencia lingüística, Inteligencia lógico-matemática, Inteligencia corporal, Inteligencia espacial, Inteligencia naturalista, Inteligencia musical, así como las inteligencias emocionales ya mencionadas: Inteligencia intrapersonal e Inteligencia interpersonal (Gardner,1995).

A continuación, se muestra los distintos tipos de Inteligencias múltiples planteadas por Gardner y una breve explicación de cada una de ellas.

- 1) Inteligencia lingüística: la capacidad para usar palabras de manera efectiva, sea en forma oral o de manera escrita.
- 2) Inteligencia lógico-matemática: es la capacidad para usar los números de manera efectiva y razonar adecuadamente.
- 3) Inteligencia corporal-kinésica: capacidad para usar todo el cuerpo para expresar ideas y sentimientos.

- 4) Inteligencia espacial: habilidad para percibir de manera exacta el mundo visual-espacial.
- 5) Inteligencia naturalista: es la habilidad que tiene que ver con el éxito que tenemos a la hora de improvisar con los elementos de los que disponemos en nuestro entorno para utilizarlos de forma creativa y novedosa.
- 6) Inteligencia musical: esta inteligencia incluye la sensibilidad al ritmo, el tono, la melodía, el timbre o el color tonal de una pieza musical.
- 7) Inteligencia interpersonal: la capacidad de percibir y establecer distinciones en los estados de ánimo, las intenciones, las motivaciones, y los sentimientos de otras personas.
- 8) Inteligencia intrapersonal: el conocimiento de sí mismo y la habilidad para adaptar las propias maneras de actuar a partir de ese conocimiento.

Como bien diría Gardner, las personas no estamos dotadas exclusivamente de una sola inteligencia sino de varias, en concreto de ocho. Aunque el término “inteligencia” hace referencia a conceptos relacionados con la memoria y la capacidad cognoscitiva, la Inteligencia emocional abarca otros aspectos. La Inteligencia emocional es pues, la capacidad que nos permite gestionar correctamente nuestras emociones y comunicarnos de forma asertiva con los demás, por eso la Inteligencia emocional es tan importante trabajarla en el aula, y con mayor incisión en las Aulas hospitalarias.

La tarea de una persona en saber gestionar bien las emociones no es un trabajo sencillo. Para los niños que se encuentran en un contexto como este, se hace necesario trabajar más desde el ámbito emocional que incluso desde lo puramente cognitivo. El pensamiento de un niño en esta situación, es un caos de incertidumbre y miedos, donde se hace necesario trabajar la parte emocional donde se necesitan altas dosis de motivación, control de sus impulsos, regulación del estado de ánimo, ... en definitiva que exista un equilibrio para que superen todas las posibles limitaciones que se encuentren en esta desdichada situación.

Por ello apostaremos por trabajar las Inteligencias Múltiples de Gardner, donde su método se compone de ocho categorías, las expuestas anteriormente.

Mediante las Inteligencias Múltiples deberemos de ser capaces de detectar y potenciar al máximo cada una de las inteligencias como buen hermeneuta de aula, ofreciendo a cada niño distintas herramientas y experiencias para potenciar el desarrollo de todas sus capacidades y favorecer su desarrollo integral.

3.3.2. Emocionarte a través de la creatividad artística

“La imaginación no se hace grande hasta que el ser humano, dado su valor y su fuerza, la usa para crear. Si eso ocurre, la imaginación se vuelve sólo un espíritu que vagabundea en lo vacío.”

(María Montessori)

El arte es entendido como cualquier actividad o producto realizado por el ser humano con una finalidad estética o comunicativa, a través del cual se expresan ideas, emociones o en general; una visión del mundo mediante diversos recursos.

En relación a las inteligencias múltiples de Gardner y la importancia que este da a la expresión artística para desarrollarlas, se va a analizar los diferentes tipos de expresiones que se pueden trabajar en el aula de Educación Infantil y como estas, pueden favorecer el desarrollo del alumnado.

Las actividades artísticas en Educación Infantil, además de estimular el aprendizaje de algunas materias como la lectoescritura o la lógico matemática, sirviéndose de éstas como vehículo para favorecer el desarrollo de la percepción, la motricidad y la interacción social, son una gran forma para fomentar la creatividad e imaginación en los niños, así como ser capaces de saber gestionarse sus propias emociones.

Según el artículo redactado por la psicóloga María Prieto (2018) “el arte es una experiencia que permite a los niños exteriorizar sentimientos”, puede incluso llegar a emplearse para tratar todo tipo de discapacidades por el gran número de propiedades beneficiosas que ofrecen. Según la autora, los niños y niñas a través de las diferentes artes, son capaces de transmitir ideas y sentimientos (donde entran en juego las emociones).

Existen muchos tipos de hacer arte y también muchas formas de clasificarlas. Estas diferentes expresiones se relacionarán con las siete bellas artes que se conocen como: la pintura, la arquitectura, la escultura, la danza, la literatura, el teatro y la música. Actualmente, se han añadido otras nuevas como el comic o historieta, la fotografía, el cine y los videojuegos.

A continuación, de manera explícita y concisa mostrare las diferentes disciplinas artísticas que existen y el impacto que pueden tener en el desarrollo infantil.

Según explica María Prieto (2018), la importancia de algunas disciplinas artísticas como: música, literatura, dibujo y pintura, teatro o la expresión corporal puede tener un ventajoso impacto en el desarrollo infantil.

A continuación, destacamos brevemente las siguientes disciplinas artísticas a las que hace mención Prieto (2018) y que servirán para diseñar la propuesta didáctica concreta que se ofrece como fundamentación de este TFG:

- La música: favorece el aprendizaje a través de canciones o retahílas infantiles, rimas y repeticiones continuadas, acompañadas de gestos que animen a cantar y bailar. De esta manera se amplía el vocabulario en los niños, así como su expresión corporal.
- La literatura: por medio de la literatura descubren todo un mundo de sueños, fantasía y diversión. Por ejemplo, mediante cuentos, leyendas, poemas, fabulas, adivinanzas, ... los niños adquieren mayor vocabulario, expresión y comprensión lectora, educación en valores, autonomía e iniciativa, entre otros.
- El dibujo y la pintura: ayuda entre otros, a desarrollar la psicomotricidad fina, la lectura, escritura, la creatividad y aumenta la autoconfianza. En definitiva, un universo de expresión de sentimientos, emociones y sensaciones para el niño. Mediante el dibujo libre, el niño fomentara su creatividad.
- El teatro: mediante el teatro, los niños aprenden valores como el respeto y la tolerancia. Con el teatro los niños abren paso también a la imaginación y la creatividad.
- La expresión corporal: mediante el movimiento y la expresión corporal, fortalecen y favorecen su desarrollo físico. Control de su cuerpo y seguridad en su manejo, flexibilidad y equilibrio, capacidad de movimiento de desplazamiento (andar, correr, saltar, trepar, reptar, girar, ...). La expresión mediante el cuerpo y el movimiento incide con el desarrollo de su inteligencia emocional, y en aspectos sociales y creativos.

Por otro lado, la palabra creatividad deriva del latín “creare” que significa: engendrar, producir, crear. La creatividad es, por ende, un sentimiento de libertad que nos permite vivir en un estado de transformación permanente.

Podemos lo tanto, decir que la creatividad es la manera general, la capacidad de engendrar algo nuevo, una técnica, un producto o una idea. La creatividad impulsa por ende a salirse de los cauces marcados, a romper las convicciones, y a los modos generalizados de pensar y actuar.

La palabra creatividad ha tomado a lo largo del tiempo diferentes significados, pero los elementos comunes a todas ellas son: la novedad y la aportación. Según Gervilla (2003), “la creatividad es la capacidad de generar algo nuevo, ya sea un producto, una técnica, un modo de enfocar la realidad”; para S. de la Torre (2001) “la creatividad radica en la capacidad y actitud para dejar huella personal, institucional o social”.

Por otro lado, autores como Gardner, Torrance, y Paredes, recogidos en el libro *Creatividad aplicada* (2013), aproximan su pensamiento a reconocer que el individuo creativo, es aquel que busca soluciones ingeniosas a problemas que le surgen en su quehacer diario.

Gardner (1988), por otro lado, define a la persona creativa como aquel sujeto que resuelve problemas con frecuencia, confecciona productos o define cuestiones nuevas de un modo que al principio es considerado nuevo, pero que al final llega a ser aceptado en un contexto cultural concreto. Mientras que para Torrance (1973), la creatividad vuelve al individuo un ser sensible a los problemas, llevándolo a identificar las dificultades, buscando las soluciones oportunas, haciendo especulaciones o formulando hipótesis, además de, ser capaz de comunicar los resultados.

El tema sobre el que estará relacionada mi Propuesta Didáctica, “EmociónArte Creando” incluye tres aspectos esenciales que no podrán faltar en la propuesta: Emoción-Arte-Creatividad.

4. FUNDAMENTACIÓN PRÁCTICA

“EmocionArte Creando”

4.1. METODOLOGÍA EMPLEADA

Para comenzar, partiremos mencionando las fases que se han seguido en este trabajo, dando sentido de orden al desarrollo de dicha investigación; y así, por último, centrarnos en la metodología de la propuesta didáctica. Dichas fases se fragmentan de la siguiente manera:

Fase 1. Búsqueda de bibliografía sobre el tema, que nos ayude a abordar y elaborar nuestro TFG encaminado sobre nuestro tema de interés.

Fase 2. Selección minuciosa de fuentes documentales para la redacción del marco teórico.

Fase 3. Diseño de la propuesta didáctica en la que incluiremos unos objetivos, contenidos, metodología, ... que será el compendio del eje vertebrador de nuestra propuesta.

Fase 4. Redacción de referencias bibliográficas que muestra objetivamente de donde hemos sacado la información para la elaboración de dicho trabajo.

Fase 5. Elaboración de conclusiones del TFG, como cierre del Trabajo de Fin de Grado.

A la hora de pensar en la elaboración de una propuesta didáctica, tenemos que tener en cuenta la metodología, lo que viene siendo un conjunto de normas y decisiones que nos ayuda a organizar de manera global la acción educativa, entre ellas: el rol del alumno y su agrupación; la organización de los recursos, tanto humanos como materiales; la elección de las actividades; la formulación de unos objetivos y contenidos alcanzables y realistas; la organización del tiempo y el espacio; etc.

Para ello, debemos tener en cuenta cual será la línea de actuación más idónea a la hora de elaborar nuestra programación de aula. Por ello, en un aula de infantil independiente del contexto, e incluso si cabe, con mayor énfasis en un Aula hospitalaria, debemos apostar por una metodología integradora, abierta y flexible, siempre con gran componente lúdico fomentando al máximo la capacidad creativa de los niños en esta etapa, y respetando siempre las diferencias y particularidades de cada uno de ellos.

En base a la elaboración de la propuesta, deberá estar ligada a una serie de principios. Ha de ser activa, siendo los propios niños los que experimenten, observen, investiguen, creen, manipulen, ...y el docente, sea mero orientador y facilitador, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante una serie de actividades, donde entre en juego algunas disciplinas artísticas como el cine, la literatura...que fomente en mayor medida su capacidad creativa y resolutive, derivando al desarrollo de otro tipo de inteligencias, como es el caso de la Inteligencia emocional.

Ha de ser vivencial, partiendo de su entorno próximo, aprovechando las situaciones que se den en la vida diaria, por ejemplo, la creación de un pequeño cine con todos sus elementos (entradas de cine, numeración de las butacas, dinero, ...) dentro del Aula del hospital, lo que ayudará también de forma lúdica a estar más cerca de su entorno.

El juego como motor de desarrollo, ya que el juego favorece la elaboración y desarrollo de las estructuras de conocimientos y sus esquemas de relación, a través de la actividad lúdica desarrollaremos todo el trabajo en el aula.

4.2. PROPUESTA DIDÁCTICA

El contexto de Aula hospitalaria al que va destinado esta propuesta consta de dos espacios diferenciados: uno destinado al trabajo con los alumnos (dos salas, infantil - primaria y secundaria), que por prescripción médica pueden acudir al aula y otra, para aquellos que por su enfermedad requieran de mayores medidas de prevención, así como una atención más especializada, en otra área.

Nuestra Aula hospitalaria está compuesta por niños en edad escolar, entre los 3 y 14 años, abarcando las etapas educativas del 2º Ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria.

Se dispone de dos aulas diferenciadas. La primera, es el aula de los niños de infantil y primaria. Es una habitación amplia, donde confluyen ambos ciclos, pero guiados cada grupo por un maestro o maestra por grupo y asignación de tarea. La otra aula corresponde a los niños de Educación Secundaria Obligatoria.

Cada aula dispone de mesas para niños y para el docente, estanterías, material fungible y no fungible y un aseo para los niños y para el docente.

Hay un total de nueve niños, seis niños de infantil y tres de primaria. De secundaria hay un total de 4 niños.

Esta propuesta didáctica está planteada para los niños de la etapa de Educación Infantil (3-6 años). Los seis niños con los que contamos en el aula tienen 5 y 6 años.

Estos niños podrán realizar cualquier actividad, acudiendo de manera normalizada al aula de trabajo.

Aunque como bien he dicho, cada grupo de infantil y primaria tendrán tareas diferentes con profesores para cada grupo, habrá actividades que podrán hacerse en conjunto.

4.3. OBJETIVOS DIDÁCTICOS

De acuerdo a las necesidades del Aula hospitalaria y la fundamentación teórica en la que se sustenta este trabajo, se establecen los siguientes objetivos generales:

- Fomentar la Inteligencia emocional mediante actividades creativas.
- Emocionarse con el arte a través de la propuesta didáctica “EmocionArte Creando”.
- Expresar sus emociones mediante distintas metodologías activas tales como: destrezas de pensamiento, rincones, etc., fomentando la participación activa del alumnado.
- Mostrar interés y gusto por el arte mediante diversas técnicas o disciplinas artísticas.
- Utilizar las TIC como medio de comunicación y aprendizaje.
- Cooperar y empatizar con otros alumnos en la realización de las actividades.

4.4. CONTENIDOS

Al construir una programación, el docente ha de tener en cuenta como eje vertebrador, cada uno de los bloques de contenidos para que actúen como hilo conductor de la propuesta didáctica. Dichos bloques se dividen en tres categorías:

Contenidos conceptuales:

- Las plantas del huerto, mediante el proceso de germinación de algunas plantas hortícolas (tomate, pimiento, zanahoria, ...).
- Destrezas o rutinas de pensamiento, a través de una tabla “Compara y Contrasta” donde visualizaran varias verduras vistas del huerto, buscando y anotando las similitudes y semejanzas de ambas.
- La música clásica de Vivaldi y Chopin, junto con la visualización de un cuento mudo incluyendo partes de las sinfonías de estos dos compositores.
- El arte del cubismo de Pablo Picasso.

Contenidos procedimentales:

- Uso de algunas manifestaciones artísticas, como medio de expresión de la Inteligencia emocional, enriqueciendo la imaginación y la creatividad.
- Simulación de actividades relacionadas con su entorno próximo, como es la creación de una sala de cine.
- Interpretar que emociones nos transmite diferentes piezas musicales, escuchadas en una misma obra (cuento).
- Comparar y contratar diferentes elementos de un huerto.

Contenidos actitudinales:

- Interés por conocer las actividades que se contemplan en el tema “EmocionArte Creando”.
- Sensibilidad y aprecio por las distintas disciplinas artísticas.
- Colaboración entre compañeros en cada una de las actividades realizadas en el aula.
- Participación de las distintas actividades y propuestas del docente.

4.5.METODOLOGÍA DE AULA

De manera general, en el apartado de metodología empleada, se han citado algunos de los principios que, a mi modo, se debe regir cualquier actividad o propuesta dentro del aula; ya sea, un Aula ordinaria (escuela), o un Aula hospitalaria.

Ahora bien, de forma específica y centrada en la elaboración de la propuesta didáctica, la metodología que aplicaremos estará fundamentada en metodologías actuales e innovadoras, conocidas como: Metodologías activas. Este tipo de enseñanza, que está centrada en el alumno, pretende mediante diferentes estrategias que se dé en el alumno, un proceso de aprendizaje constructivo y no meramente receptivo.

En base al estudio y esbozo de algunas corrientes y metodologías propuestas por autores de la talla de Montessori, Gardner, Decroly, ... que nos brindan la oportunidad de orientarnos en la elaboración de nuestro trabajo, nos ofrecen la posibilidad de utilizar técnicas actualizadas y renovadas con las que poder trabajar.

Algunas de las metodologías que nos orientarán para elaborar nuestra propuesta irá encaminada en esta línea:

- Destrezas o rutinas de pensamiento. La más característica para Educación Infantil es la llamada: “Compara y Contrasta”.

- Aprendizaje basado en problemas y retos. Se acerca al alumno a una situación problemática real y relevante, vinculada con su entorno, en la cual tienen que identificar cual es el problema y buscar la solución más acertada.
- Ludificación. Está basada en el juego como actividad educativa, introduciendo el uso de herramientas interactivas, mediante el requerimiento de las TIC.
- Aprendizaje cooperativo. Realización de tareas en grupo, mediante la ayuda y colaboración de todos, para la adquisición de conocimientos y valores.
- Rincones. Organización de diferentes espacios, donde de manera libre podrán explorar y manipular lo que vayan encontrando mientras estructuran su esquema mental de manera autónoma.
- "Flipped classroom". Conocida como "clase invertida". El maestro será mero facilitador, y el alumno mediante el visionado de materiales audiovisuales que serán o estarán ya creados, serán ofrecidos por el maestro donde irán construyendo su aprendizaje.

Este tipo de metodologías, están basadas en fomentar la participación activa del estudiante, haciéndole protagonista de su propio aprendizaje, valiéndose este del docente como mero guía en el proceso de aprendizaje y agente motivador.

Descartaremos la forma de enseñanza meramente institucional, cargada de contenidos puramente conceptuales, para centrarnos también en pulir esas necesidades actitudinales y procedimentales de los alumnos, procurando partir de lo que ellos ya conocen (entorno próximo), ampliándolo a nuevos aprendizajes.

Como nuestra tarea será conseguir un buen desarrollo de la Inteligencia emocional de los niños hospitalizados, crearemos una serie de actividades donde necesariamente se trabajen las disciplinas artísticas y la creatividad, siendo nuestro eje central para la consecución de la Inteligencia emocional, lo que ayudará a mejorar su estado de ánimo, incrementando su rendimiento académico, su salud y pronta recuperación.

El espacio donde se realizarán dichas actividades, será en el propio Aula hospitalaria, donde se disponen de todos los recursos y materiales necesarios para el trabajo, así como sus propias necesidades hospitalarias. Se trabajará principalmente de manera individual, aunque siempre en colectividad ayudando y colaborando en la medida de lo posible con sus compañeros, fomentando así el compañerismo, respeto y la empatía.

Teniendo en cuenta que tenemos un total de seis niños de edades comprendidas entre 5 y 6 años, que a priori no parece que haya mucha diferencia de edad, según la capacidad emocional en esta situación y su nivel madurativo, pueden existir grandes abismos, donde tendremos que tener en cuenta la adaptación de la actividad o necesidad de cambio según nos lo vayan demandando los intereses de cada uno de los niños; también teniendo en cuenta que a estas edades las actividades han de ser de corta duración, ya que podemos correr el riesgo de que pierdan interés o se dispersen fácilmente.

4.6. TEMPORALIZACIÓN

En este apartado hacemos referencia al horario y duración de las actividades que se presentarán en el siguiente apartado. Teniendo en cuenta la edad, la permanencia en el hospital de cada uno, y sus necesidades específicas propias de este tipo de colectivo, no se puede establecer una temporalización concreta. Por ello, nos centraremos exclusivamente en la duración de las actividades propuestas sin hacer hincapié en la temporalidad de la propuesta.

Nuestro calendario se regirá por un horario de mañanas y tardes, con una duración aproximada de 3 horas al día. La sesión matinal, dará comienzo a las 10.00 h., finalizando a las 11.30 h. El horario de tarde, tendrá la misma duración, comenzando a las 16.00 h., terminando a las 17.30 h.

La duración de cada actividad, está fijada en nuestro calendario con una duración predeterminada, pero no estática. Con ello quiero decir, que algunas de las actividades se regirán cumpliendo el tiempo establecido por cada una de ellas, mientras que otras nos ocuparán más tiempo de lo que previamente habíamos establecido, siendo incluso necesario hacer la actividad durante la mañana y la tarde, o incluso en dos días ininterrumpidos, para no caer en la desmotivación u olvido de la actividad. Indudablemente se respetarán los tiempos de asamblea, almuerzo, así como el descanso o tiempo libre, destinando para cada una de ellas unos 15 minutos aproximadamente.

4.7. PROPUESTA DIDÁCTICA: EMOCIONARTE CREANDO

4.7.1. Actividades

Las actividades vendrán agrupadas en tres tipos o niveles: inicio, desarrollo y cierre. Estas actividades que serán desglosadas de esta forma, nos ayudará a detectar que es lo que sabe el niño (de que partimos), introducirle a nuevos conceptos, procedimientos y actitudes, y consolidando los nuevos aprendizajes que ha ido aprendiendo.

De forma original y divertida, se han definido los días de la semana con un tema personal y atractivo para el niño (lunes literarios, martes a escuela, ...). Dichas actividades serán impartidas de lunes a viernes, quedando recogidas en el siguiente cronograma, donde solo se mostrarán las actividades matinales.

	Lunes literarios “Mis cosas tienen vida propia”	Martes a escuela “Trabajando juntos: El huerto”	Miércoles, día del espectador “Nos gusta el cine”	Jueves musicales “La música transmite”	Viernes al óleo “El arte”
MAÑANAS					
10.00 a 10.15h.	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea	Asamblea
10.15- 10.30h.					
Actividades de inicio	<i>¡Cosas que sienten!</i>	<i>“Las plantas”</i>	<i>¡Cómo nos gusta el cine!</i>	<i>Veo, escucho y ¿qué siento?</i>	<i>“Conocemos a Pablo Picasso”</i>
10.30- 10.45h.					
Actividades de desarrollo	<i>¡Mis objetos cobran vida!</i>	<i>¡Hacemos semilleros!</i>	<i>¡Nosotros lo haremos posible!</i>	<i>El debate: ¿Qué emoción os ha sugerido?</i>	<i>¡El cubismo!</i>
10.45- 11.00h.					
Actividades de cierre	<i>“Me pongo en su lugar”</i>	<i>Compara y Contrasta: “El huerto”</i>	<i>¡Nuestro aula es un cine!</i>	<i>“Me expreso mediante el dibujo y los colores”</i>	<i>¡Hacemos un collage cubista!</i>
11.00- 11.15h.	Almuerzo				
11.15-11.30h.	Tiempo libre				

Tabla 3. Cronograma de las actividades “EmociónArte Creando”. Fuente: Elaboración propia.

Asamblea: Como todos los días, iniciaríamos la clase con la Asamblea, donde haríamos un balance del día anterior y nos interesaríamos por el estado de los niños haciéndoles preguntas como: *¿Qué tal habéis pasado la noche?, ¿Cómo estáis hoy?, ¿Esta mañana que habéis hecho?,...*

Después de esta pequeña toma de contacto, daríamos paso a la explicación de las actividades.

Actividad de inicio: *¡Cosas que sienten!*

Comenzaríamos la actividad, con el visionado del Cuento “Historias humorísticas de frutas increíbles”² donde diferentes frutas, verduras y objetos cobran vida. De una forma divertida, los niños podrían observar que sienten en cada situación; como por ejemplo cuando una patata pierde su piel, y ésta siente vergüenza.

Como producto final, realizaríamos una actividad de ampliación relacionada con esta anterior, que nos ayudaría a evaluar la actividad. El objetivo de esta actividad sería la creación de frutas o verduras inventadas. Este ejercicio se realizaría de manera oral, donde pediríamos a los alumnos que nos dijese una verdura o fruta de la que hubiesen visto en el video, y un dulce o comida que les guste mucho. Para que quede constancia de cada aportación, la maestra anotaría en dos columnas la verdura o fruta dicha por cada uno y el dulce o comida favorita. Por último, una vez tuviéramos ambas columnas completas, les pediríamos que con cada una de las que han dicho, inventaran una verdura uniendo esas dos palabras (Tomate y Regaliz: “*Tomaliz*”).

También les pediríamos, que imaginasen a esa verdura realizando un dibujo de cómo sería. Para finalizar, cada uno expondría a todos sus compañeros su verdura inventada, les ayudaríamos formulándoles preguntas de tipo: *¿Dónde se cultivan?, ¿Qué necesitan para su cuidado?, ¿De qué color y forma son?, ¿A que saben?, etc.*

(Véase **Anexo 2**)

Actividad de desarrollo: *¡Mis objetos cobran vida!*

En esta segunda fase, crearían su propia historia a través de diferentes materiales que hubiese en el aula (gomas, lapiceros, pinturas, ...), dotándoles a estos de vida e inventando una original historia. La maestra iría escribiendo la historia y destacando las aportaciones más curiosas y relevantes de dicha historia.

² “Historias humorísticas de frutas increíbles” <https://www.youtube.com/watch?v=bB3Hd-9PWks>

Actividad de cierre: “*Me pongo en su lugar*”.

Por último, realizaríamos una lluvia de ideas, donde se formularían preguntas de tipo: *¿Cómo creéis que se sentía el lapicero cuando se le rompía la punta? Cuándo a vosotros os duele algo, ¿Os sentís bien u os sentís igual de mal que el lapicero?...*

El objetivo del cierre de esta actividad, consistiría en que ellos se pusieran en el lugar del objeto imaginando, cómo es su vida, que sienten, etc.

MARTES A ESCUELA. Trabajando juntos: “El huerto”

Actividad de inicio: “*Las plantas*”

Comenzaríamos el inicio de esta actividad con el método conocido como “*Flipped classroom*”, donde a través de un video educativo ofrecido por *Happy Learning*³, los niños aprenderían la clasificación de las plantas, la fotosíntesis, etc. En definitiva, en ésta primera actividad, mediante dicha metodología se invierten las clases, donde el docente serviría exclusivamente de facilitador, encargándose de ponerles el material necesario.

Esta primera actividad, se cerraría con la lectura del Cuento: “¿Sabéis qué pasó en el huerto?” de los autores Marcia Eugenio Gozalbo y Sergio Suárez Ramírez que nos serviría de apertura para la segunda fase, donde crearíamos unos sencillos semilleros. Llegado a este punto, comenzaríamos a explicar que es un semillero, para que sirva y como lo vamos a hacer.

Actividad de desarrollo: ¡*Hacemos semilleros!*

En esta segunda fase, realizaríamos unos semilleros. El docente se encargaría de facilitar a cada uno los siguientes materiales: un recipiente vacío, unas semillas, tierra y agua. Una vez terminados los semilleros en cada recipiente se escribiría su nombre, para que sepa cada uno cual es el suyo y se responsabilice de un cuidado, según las orientaciones dichas previamente por la maestra.

Actividad de cierre: *Compara y Contrasta: “El huerto”*

Por último, volveríamos a leer el cuento, y mediante el método “Destrezas o rutinas de pensamiento” elaboraríamos un “Compara y Contrasta” con las distintas imágenes vistas en él, donde la maestra anotaría cada aportación de los chicos en una cartulina la cual será posteriormente colgada en clase. A modo de ejemplo sería: *¿En qué creéis que se parecen la coliflor y el brócoli?, ¿En qué se diferencian?, etc;* en relación al (color, forma, tamaño, sabor, ...).

³ “El reino de las plantas. Sus características y clasificación”

<https://www.youtube.com/watch?v=ThbSPNIRz0o>

* Por último, como bien indica este día al que hemos definido como: **Martes a escuela**, un día a la semana, iríamos realizando fotos de todo este proceso incluida la actividad “Compara y Contrasta” que enviaríamos mediante mail a la maestra de una escuela, que a su vez colaboraría con nosotros trabajando sobre el mismo tema.

De éste modo y de forma “virtual” se sentirán más próximos a su entorno escolar, colaborando y aprendiendo unos de otros, mediante el uso de las TIC.

(Véase **Anexo 3**)

MIÉRCOLES, DÍA DEL ESPECTADOR. “Nos gusta el cine”

Actividad de inicio: *¡Cómo nos gusta el cine!*

Comenzaríamos ésta primera fase viendo una sala de cine a través de internet. En ella, verían que hay en una sala de cine. Observarían la cartelera, las entradas, que necesitaríamos para comprarlas, donde se adquieren, la zona de chucherías, etc.

En esta primera fase, iríamos realizando las entradas, las cuales nos servirán para acceder a ver la película, el dinero y colorearemos el cartel de la película que va a ser protagonista de nuestro particular “teatrillo de cine”.

Actividad de desarrollo: *¡Nosotros lo haremos posible!*

En esta segunda fase del desarrollo de la actividad, recrearíamos una sala de cine a modo de dramatización en situación real. Para ello, con ayuda del grupo de primaria y la maestra que está a cargo de ellos, realizaríamos de manera conjunta el atrezo y la composición de un cine. Por un lado, la taquilla, donde deberán entregar el dinero (ficticio) para poder comprar la entrada, necesaria para poder ver la película. Sería un rincón del aula, donde colocaríamos una mesa, junto a ella una caja donde guardaríamos el dinero y las entradas; en la pared, colocaríamos el cartel de la película que habría sido coloreado por todos.

Dentro de la sala de cine, otra persona verificaría el acceso a la sala. Este rincón estaría colocado cerca de la “puerta de acceso” al cine.

Por último, las sillas del aula, harían de butacas, las cuales irían enumeradas según el ticket de cada uno de los cinéfilos.

Actividad de cierre: *¡Nuestra aula es un cine!*

Una vez que estuviese todo preparado, solo quedaría dar comienzo al espectáculo! Estando ya todos en la sala de cine, comenzaría el visionado de la película “*Dumbo*”.

Después de haber visto la película, realizaríamos un pequeño debate. Hablaríamos de las escenas que más les hubiesen gustado, y de las que menos, justificando sus respuestas.

*Esta actividad, sería realizada mañana y tarde, o si fuese necesario en varios días.

(Véase **Anexo 4**)

JUEVES MUSICALES. “La música transmite”

Actividad de inicio: *Veo, escucho y ¿qué siento?*

Con esta primera actividad, mediante la visualización del cuento mudo infantil⁴, se pretenderá generar diferentes emociones introduciendo en algunos fragmentos del cuento diferentes estrofas sinfónicas de música clásica, intercalando sinfonías más suaves o armónica, a más graves y agudas; como por ejemplo: “*Raindrop*” de Frédéric Chopin, siendo más melódica y armoniosa, o “*Las cuatro estaciones*” de Vivaldi, pieza musical más rápida y más grave que la anterior.

De esta manera, bajo una auténtica atmosfera de silencio absoluto, mientras se visualiza el cuento y escuchan la variación que se produce en el cuento con las piezas de música clásica, en cada uno de ellos se irían despertando una serie de emociones, que haría que se modificase de manera inconsciente la estructura del cuento.

Finalmente, se les mostraría el cuento al completo sin ningún agente que interfiriese o altérese sus emociones, para que por último comprobasen si hay diferencias. En definitiva, preguntarse: *¿qué he sentido?*

Para verificar los emociones y sentimientos que les hubiesen derivado de esta actividad, les pondríamos partes del video (previamente elegidos), y a partir de ahí, les formularíamos preguntas como: *¿Os transmite lo mismo esta escena con música, que sin música?, ¿Os genera tristeza o alegría?,...* También podríamos aprovechar este maravilloso cuento rico en valores, para hacerles preguntas sobre el desarrollo del mismo; por ejemplo: *¿Creéis que hizo bien en soltar el pez al mar?, ¿Por qué creéis que lo hizo?, ¿Qué pensáis que podrían significar los sueños que tenía?, ¿Qué haríais vosotros?,...*

(Véase **Anexo 5**)

⁴ “El pez feliz” <https://www.youtube.com/watch?v=WsS1W7mP29M>

Actividad de desarrollo: *El debate: ¿Qué emoción os ha sugerido?*

En esta segunda fase de desarrollo, de manera oral haríamos un pequeño debate, donde cada uno de ellos irían expresando que han sentido con cada una de las piezas musicales. Formularíamos preguntas del tipo: *¿Habéis sentido que el cuento cambiada su historia según la pieza musical introducida?*; (haciendo un repaso de las piezas musicales) *¿Qué emoción os sugiere cada una de las piezas musicales? y ¿por qué? ¿os ha gustado el cuento original o el transformado?*, etc. Por último, se irían anotando cada una de las emociones que ha transmitido cada uno en un folio. Este folio donde se incluye dicha emoción sería repartido al alumno correspondiente para realizar el cierre de esta actividad que muestro a continuación.

Actividad de cierre: *“Me expreso mediante el dibujo y los colores”*

Por último, se pretendería en esta última actividad, que cada uno de ellos expresase en forma de dibujo la emoción que les ha sugerido al ver el cuento. Si hubiese dos o más emociones, deberían elegir una y expresarla en el dibujo, añadiendo por último de manera libre los colores que quisiesen utilizar, ya que eso también nos aportará información con respecto a la emoción derivada, o su estado de ánimo de ese momento.

VIERNES AL ÓLEO. “El arte”

Actividad de inicio: *“Conocemos a Pablo Picasso”.*

Para comenzar esta primera actividad les introduciríamos a esta actividad, a través de una breve explicación del arte y mostrándoles uno de los autores más conocidos como Pablo Picasso, y alguna de sus obras mediante algunos *Bits*. También concluiríamos esta explicación, con un pequeño video educativo⁵ infantil para que conocieran brevemente la trayectoria de este gran pintor, así como algunas de sus obras.

Actividad de desarrollo: *¡El cubismo!*

Les daríamos diferentes rostros cubistas en los que deberían de colorear, al igual que los mostrados anteriormente en el video y en los *Bits*. Una vez pintados los rostros, comentaríamos como es su rostro, si es un rostro simétrico o asimétrico, como son sus ojos, su boca, ...

Por último, volveríamos a hacer mención al autor de estas obras; Pablo Picasso, animándoles a que nos contasen algo que recuerden del visionado visto anteriormente, sobre la vida de dicho autor. Si fuese necesario, volveríamos a ponerles el video educativo de la primera actividad de inicio “Conocemos a Pablo Picasso”.

⁵ Picasso para niños <https://www.youtube.com/watch?v=mJpb1m0Vb8s>

Actividad de cierre: *¡Hacemos un collage cubista!*

Les facilitaremos a cada uno una cartulina con una silueta de una cara esbozada, y varias imágenes de las partes de la cara (nariz, oreja, labio, ...) cada una de ellas, de lo más extravagantes. A modo de collage, deberían colocarlas sobre el rostro de cartulina. Posteriormente colorearían con gran variedad de colores.

(Véase **Anexo 6**)

4.7.2. Evaluación

Los presentes criterios de evaluación en relación al alumnado, se establecen de acuerdo a los objetivos esbozados en la propuesta didáctica, quedando adscritos de la siguiente manera:

- Se fomenta la Inteligencia emocional mediante actividades creativas.
- Consigue emocionarse mediante el arte de la propuesta didáctica “EmocionArte Creando”.
- Expresa sus emociones mediante distintas metodologías activas tales como: destrezas de pensamiento, rincones, etc., fomentando la participación activa del alumnado.
- Muestra interés y gusto por el arte mediante las diversas técnicas o disciplinas artísticas.
- Utiliza las TIC como medio de comunicación y aprendizaje.
- Cooperar y empatiza con otros alumnos en la realización de las actividades.

En relación a la autoevaluación de la propuesta didáctica, como docente responsable de este Aula hospitalaria tendría que tener en cuenta, si los objetivos que propondré serán realistas y alcanzables y si estarían acordes a los contenidos establecidos; si los materiales y recursos a utilizar en cada actividad estarán afines a la edad del niño, si serán suficientes y variados o si por el contrario sería necesario añadir o eximir alguno. En el caso de las actividades, tendría que tener en cuenta si serían adecuadas para conseguir los objetivos que nos planteemos y si disfrutarán con ellas.

Con respecto a los recursos humanos, estableceríamos si serían suficientes; es decir, si necesitaríamos la ayuda de más de un maestro, o si por el contrario sería suficiente con nuestra participación.

Muy importante también, evaluar el tiempo necesario de cada una de las actividades.

Si el tiempo será el suficiente o si tuviéramos que añadir más tiempo o por el contrario acortar la duración de la actividad, si fuese el caso de que no estuviera teniendo éxito.

El lugar y distribución del aula, así como los agrupamientos de los alumnos en cada una de las actividades también tendríamos que tenerlas en cuenta. Si el lugar cumplirá con las condiciones necesarias de espacio, amplitud, luz, acceso rápido al lavabo (ej.: si trabajamos con pinturas, etc.); así como la distribución para dicha actividad en particular, si será acorde con lo que se quiere trabajar y si la elección de los agrupamientos ha sido la correcta o no.

También resulta imprescindible asimismo concretar los criterios, procedimientos, instrumentos y técnicas de evaluación, mediante los que comprobaríamos que los alumnos realmente están aprendiendo y desarrollando a la vez habilidades y capacidades correspondientes a su etapa educativa.

Por último, sería necesario realizar una Encuesta de Satisfacción para nuestro Alumnado, ya que ayudaría al docente a reflexionar sobre la actuación, a ser capaz de reconocer los aspectos positivos, y a identificar aquellos aspectos que hubiese que mejorar.

Teniendo en cuenta que esta encuesta iría dirigida a niños de infantil de entre 5 y 6 años, la formulación de las preguntas han de ser breves e inteligibles, y a su vez leídas por nosotros.

A modo de ejemplo detallo algunas posibles preguntas:

🚦 ¿Te ha gustado la actividad?

🚦 ¿Te apetecería volver a repetir la actividad?

🚦 ¿Te han ayudado tus compañeros?



5. CONCLUSIONES

Tras el estudio y la elaboración completa, realizada en dicho trabajo estamos en condiciones de elaborar las conclusiones o consideraciones finales que comentaremos a continuación y nos ayudarán de una manera comprensiva a valorar la importancia de haber estudiado sobre este tema.

Nuestro trabajo está definido sobre las bases de la Pedagogía hospitalaria, ámbito de la Pedagogía social. He descubierto la importancia que tiene, ya que se encarga de cubrir las necesidades educativas de un niño que, por motivos de salud, requiera estar hospitalizado un periodo de tiempo más o menos prolongado. Por ello se desarrollan una serie de actuaciones que como bien indican Cardone y Monsalve (2010), no solo se centra en lo puramente académico o formativo para que no se produzca un retroceso en los aprendizajes, sino que a la vez la Pedagogía hospitalaria se preocupa por atender otras necesidades que son igual de importantes: las psicológicas y sociales, que surgen como consecuencia del ingreso y hospitalización del niño. Toda esta actuación, es llevada a cabo en un espacio perteneciente al propio centro hospitalario; estamos haciendo alusión a las “Aulas hospitalarias”. Éstas aulas, son unidades escolares que se encuentran dentro del hospital, con el objetivo principal de atender escolarmente a los niños hospitalizados, que al mismo tiempo previene y evita la posible marginación que, por causa de la enfermedad, pueden sufrir. También, existe otra alternativa a la hospitalización convencional, la denominada “Atención domiciliaria”, que cuando por prescripción médica el niño ha sido dado de alta del propio hospital, pero de igual forma, aunque en otro espacio más familiar para él; en su hogar, requiere seguir bajo supervisión.

He comprendido, que este tipo de intervención educativa, es tan importante como cualquier otra, pero sin embargo al analizar fuentes y documentos para estudiar sobre él y elaborar este trabajo, he comprobado que las vías y recursos existentes son insuficientes, dando como resultado información acotada y escasa; incluso varios autores del ámbito de la educación que han decidido estudiar sobre dicha cuestión, así lo han refutado en sus escritos, llegando a la conclusión de que a pesar de ser uno de los campos más importantes de la educación no formal, es también uno de los que menos se ha estudiado, siendo este el reflejo de la irrisoria bibliografía que existe sobre este tema.

En este sentido como futura docente, he entendido que era importante aportar luz y visibilidad sobre este campo de la educación para poder mejorar la situación de aquellos niños y jóvenes que por motivos de salud no puedan acudir a la escuela. De igual manera, he comprobado que son muchas las personas, que en sus trabajos facultativos, se han interesado sobre esta cuestión y han querido elaborar dichos trabajos hablando de las Aulas hospitalarias y la Atención domiciliaria, pero sus planteamientos, no van más allá de trabajos de investigación o puramente teorizados, siendo pocos los que arriesgan por darle un enfoque más centrado en la praxis y no tanto en lo meramente teórico, donde se planteen propuestas didácticas con actividades orientadas a mejorar otras áreas, como es la Inteligencia emocional que como apunta Salguero (2011), el término “Inteligencia emocional” hace referencia a la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales en sí mismo como en los demás, siendo capaces de dirigirlas de manera eficaz y equilibrada. También debemos dar cabida a trabajar otras áreas, como son la creatividad, partiendo del camino correcto para conseguir favorecer al máximo este otro aspecto; como por ejemplo a través de las disciplinas artísticas.

Los niños, especialmente los de edad comprendida entre los 3 y 6 años, viven la enfermedad con temor y angustia. A esa corta edad, no son capaces de entender la situación, ni son capaces de dar con la respuesta a la infinidad de preguntas que invade sus pensamientos. El espacio de un hospital para el niño provoca un alto nivel de ansiedad e intranquilidad, donde surge un desfase en el área psicoemocional y social, que da como resultado el deterioro de la parte emocional, lo que impide un ajuste controlado del manejo de sus emociones, siendo incluso estas mismas emociones extrapoladas de forma negativa. Por ello, todo aquel docente que quisiera participar en esta tarea, sería necesaria una buena formación a nivel emocional y afectivo, acompañada de una alta capacidad personal. Sirviéndose este, el docente, como figura de apoyo, acompañamiento y seguridad para el niño. De la misma manera, ha de proponer actividades didácticas, que inciten a participar jugando y aprendiendo de forma lúdica, creativa, y con elementos próximos a su entorno, mejorando su estancia en el hospital y ayudando en la medida de lo posible a su pronta recuperación.

Por último, quisiera finalizar esta conclusión, haciendo una reflexión acerca de la diversidad. Cada ser humano somos diferentes; pensamos, sentimos y actuamos de maneras distintas, e incluso nos movemos por motivaciones contrarias, pero no por ello, de una manera menos especial. A nivel evolutivo, existen infinitudes de patrones (cognitivos, emocionales, afectivos, sociales, ...), que unos u otros individuos, por diversas causas tienen más o menos desarrolladas, y que por ello requieren de una atención más especializada. Haciendo hincapié al colectivo hospitalizado, que por motivos de salud no pueden acudir a la escuela como el resto de niños, obliga inminentemente a pensar en actuaciones educativas más orientadas hacia lo emocional, que hacia estrictamente cognitivo. Estos niños, necesitan estar colmados de mucho cariño, amor y cuidado.

Debemos tener muy presente, que independientemente de una u otra situación, la educación es un derecho básico y fundamental que cualquier niño debe tener. Debemos dar respuestas a sus necesidades formativas, adquiriendo unos conocimientos y valores, necesarios para desarrollarse correctamente como miembros de esta sociedad.

“Lo que vemos cambia lo que sabemos. Lo que conocemos cambia lo que vemos.”

(J. Piaget)

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. A.; Funes, A. (2000): *Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias de la Comunidad de Madrid*. Conserjería de Educación, Dirección General de Promoción Educativa.
- Alguacil Villaverde, S. (1997). *Pasado, presente y futuro de la escuela en el hospital, en Intervención educativa en el medio hospitalario*. Ponencia presentada en Toledo, VII Jornadas de Pedagogía Hospitalaria, 22-23 de mayo de 1997 (pp.109-110).
- Alzina, R.B. (2003). “Educación emocional y competencias básicas para la vida”. *Revista de investigación educativa*, Vol.2, nº1, p.7-43.
- Área de compensatoria de la Junta de Andalucía (2017-2018). *Programa de Atención Domiciliaria*. Consultado y recuperado el 29 de octubre de 2019, en: <http://www.orientacioncadiz.com/Documentos/Publicos/ACE/Programas%20Area%20Compensatoria/PCOM%2001%20AD.pdf>
- Asociación Española Contra el Cáncer. *Las emociones. comprenderlas para vivir mejor*. Ministerio de Sanidad y Política Social (s.f.-). Consultado y recuperado el 18 de octubre de 2019, en: <http://sauc.pntic.mec.es/falcon/emociones.pdf>
- Cabezas, A. (2008). Las aulas hospitalarias. *Revista innovación y experiencias educativas*, (13).
- Calvo, F. (2007). “Las dimensiones psicológicas de la pedagogía a principios del siglo XX”. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 19, 47-72. Consultado y recuperado el 19 de octubre de 2019, en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2354192>
- Cardone, P, y Monsalve, C. (2010). *Pedagogía hospitalaria. Una propuesta educativa*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Caride, J.A. (1985) *Educación y Animación Sociocultural: la pedagogía social como modelo de intervención*. Fundamentos de animación sociocultural, Madrid: Narcea.
- Centro Superior de Formación del Profesorado JCyL. Porfolio de Metodologías activas. Red de Formación de Castilla y León. Consultado y recuperado el 17 de noviembre de 2019, en: http://csfp.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/infografia_A3_externo_gt.pdf

- Cornsweet, C. (1990). A review of research on hospital treatment of children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54 (1), p. 64.
- De la Torre, S. (2001). *Calendario de la formación creativa*. Barcelona–España. PPU. SA.
- Delgado Gómez, M.^a F. (1997). *Talleres artísticos en el Hospital Niño Jesús*. VII Jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Toledo, 22-23.
- Elliott, E. (1987): “Chronic pain in children”. *Behaviour Research And Therapy*, 25 (4), pp. 263- 271.
- Escarbajal De Haro, A. (1991). *Educación extraescolar y desarrollo comunitario*. Valencia: Nau Llibres.
- Eugenio Gonzalbo, M. y Suárez Ramírez, S. (2019). *Cuentos para enseñar Ciencias Naturales y valores en Educación Infantil. ¿Sabéis qué pasó en el huerto?* Soria: Editorial Jolube.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. (2001). *Procesos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P., y Aranda, D. R. (2017). “La inteligencia emocional en la educación”. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 421-436.
- Fernández Hawrylac, M. (2000). *La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario*. Tabanque, nº 15, pp. 140-148.
- Fernández, Hawrylac, M. (2000). *La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario*. Tabanque, nº 15, pp. 139-150.
- Francés, JE (2000). *Itard, Jean-Marie-Gaspard*. En AE Kazdín, (Ed.) *Enciclopedia de psicología*. Oxford: Oxford University Press.
- Funes Galán, A. y Sánchez Martínez, E.: *Experiencia de talleres a partir del uso de materiales del entorno hospitalario*, en “VII Jornadas de Pedagogía Hospitalaria”, pp. 157- 160.
- Gervilla Castillo, A. (2003). *Creatividad aplicada. Una apuesta de Futuro*. Dykinson: Madrid.
- Grau, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Aljibe.

- Grau, C. y Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe.
- Guevara, L. (2011). “Temas para la educación”. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*. Consultado y recuperado el 17 de octubre de 2019, en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>
- Guillén, M., y Asensio, Á. M. (2002). *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones Madrid.
- (2000). *Derechos de los niños hospitalizados*. Recogido en el libro: *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos* (p.30). Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones Madrid.
- (2002). *Marco legislativo de las Aulas hospitalarias*. Recogido en el libro: *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos* (pp.145-148). Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones Madrid.
- Haller, J.A., Talbert, J.L. y Dombro, R.H. (1978). *El niño hospitalizado y su familia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Ley 13/1982 de 7 de abril. *Ley de Integración Social de los Minusválidos* (BOE nº 103 de 30 de abril de 1982). Consultado y recuperado el 20 de octubre de 2019, en: http://www.ince.mec.es/revistaeducacion/re341/re341_23.pdf
- Lizasoáin Rumeu, O. y Polaino-Lorente, A. (1988). Evaluación de la modificación del autoconcepto infantil como consecuencia de la hospitalización. *Acta Pediátrica Española*, vol. 46, nº 1, pp. 13-18.
- Lizasoáin Rumeu, O. y Polaino-Lorente, A. (1992). “La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador”. *Revistas de Psicología publicadas en español*, Vol. 4º, pp.49-67. Consultado y recuperado el 26 de octubre, en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=814>
- Lizasoáin Rumeu, O. y Lieutenant, C. (2002). *La Pedagogía Hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal*. Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica.
- López Penas, M., y Marina, J.A. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.

- Mc. Clowry, S.G. (1990). The relationship of temperament to prehospitalization and post-hospitalization behavioral responses of school age children. *Nursing Research*, 39 (1), p. 30.
- Melamed, B.G (1988). Perspectives on acute illness in children. Current approaches to hospital preparation. In B.G. Melamed et. al (eds.). *Child Health Psychology*. Lawrence Erlbaum Assoc. Publ. (Hillsdale), pp. 173-182.
- Mendizabal, M.R.L. (2016). “La pedagogía social: una disciplina básica en la sociedad actual”. *Holos*, vol. 5, pp.52-69. Consultado y recuperado el 25 de octubre de 2019, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=481554869007>
- Monjas, M.I. (2009). *Como promover la convivencia. Programa de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.
- Ortega San José, N. (2013-2014). *Programa de Educación Emocional: Un museo para Emocionarte*. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social (Trabajo de fin de master). Consultado y recuperado el 19 de octubre de 2019, en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7807/TFMG330.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pacheco, N. E., y Berrocal, P. F. (2004). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de educación*, 34(1), 1-12.
- Peirats, J. y Granados, J. (2015). Las Unidades Pedagógicas Hospitalarias y el aprendizaje por Proyectos de Trabajo. *Aula de Encuentro*, 1 (17), pp. 187-211.
- Pérez Serrano, Gloria. (2004). *Pedagogía Social-Educación Social: construcción científica e intervención*. Madrid: Narcea.
- Pérez, V. M. O. (2006). Fundamentos e implicaciones educativas de la inteligencia afectiva. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(2), 1-11. Consultado y recuperado el 4 de noviembre de 2019, en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2584>
- Picazo Escribano, E. (2015). *Análisis de la formación del pedagogo hospitalario*. Tesis doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha. Consultado y recuperado el 26 de octubre de 2019, en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8998/TESIS%20Escribano%20Picazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Pinchot, P. (1948). Pioneros franceses en el campo de la deficiencia mental. *American Journal of Mental Deficiency*, 3 (1), 128-137.
- Prieto, M. (2018). Psicología educativa y del desarrollo. *La importancia del arte en el desarrollo infantil*. Consultado y recuperado el 20 de octubre de 2019, en: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-importancia-del-arte-en-el-desarrollo-infantil/>
- Programas Educativos de La Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. *Aula Hospitalaria de Burgos*. Hospital Universitario de Burgos, Bloque F Planta 4ª de Pediatría. Consultado y recuperado el 27 de octubre de 2019, en: <http://aulahospitalariaburgos.centros.educa.jcyl.es/sitio/index.cgi>
- Quintana, J. M.^a. (1989) La Pedagogía Social en Italia. *Revista de Pedagogía Social*, 4, pp.7-27.
- Real Academia Española (2019). Diccionario de la lengua española. Consultado y recuperado el 18 de octubre de 2019, en <https://dle.rae.es/>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, de la ordenación de las enseñanzas universitarias. Grado Adaptación Bolonia. Graduado/a en Educación Infantil. Universidad de Valladolid. Consultado y recuperado el 8 de noviembre de 2019, en: [http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/MemoriaINFANTIL\(v4\).pdf](http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/MemoriaINFANTIL(v4).pdf)
- Salguero, M. J. C. (2011). Importancia de la inteligencia emocional como contribución al desarrollo integral de los niños/as de educación infantil. *Pedagogía magna*, (11), 178-188. Consultado y recuperado el 25 de noviembre de 2019, en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3629180>
- Sánchez Polaino, A. y Torres González, J. A. (2002). *Educación Especial I: Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Madrid: Pirámide.
- Torre, S. (1997). *Creatividad y formación: identificación, diseño y evaluación*. México: Trillas.
- Torre, S. y Violant, V. (2003). *Creatividad aplicada*. Barcelona: PPU/Autores.
- UNICEF (2012). *Desarrollo emocional. Claves para la primera infancia*. Consultado y recuperado el 19 de octubre de 2019, en: http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf

Violant, V.; Molina, M. C. y Pastor, C. (2011) *Pedagogía Hospitalaria. Bases para la atención integral*. Barcelona: Laertes.

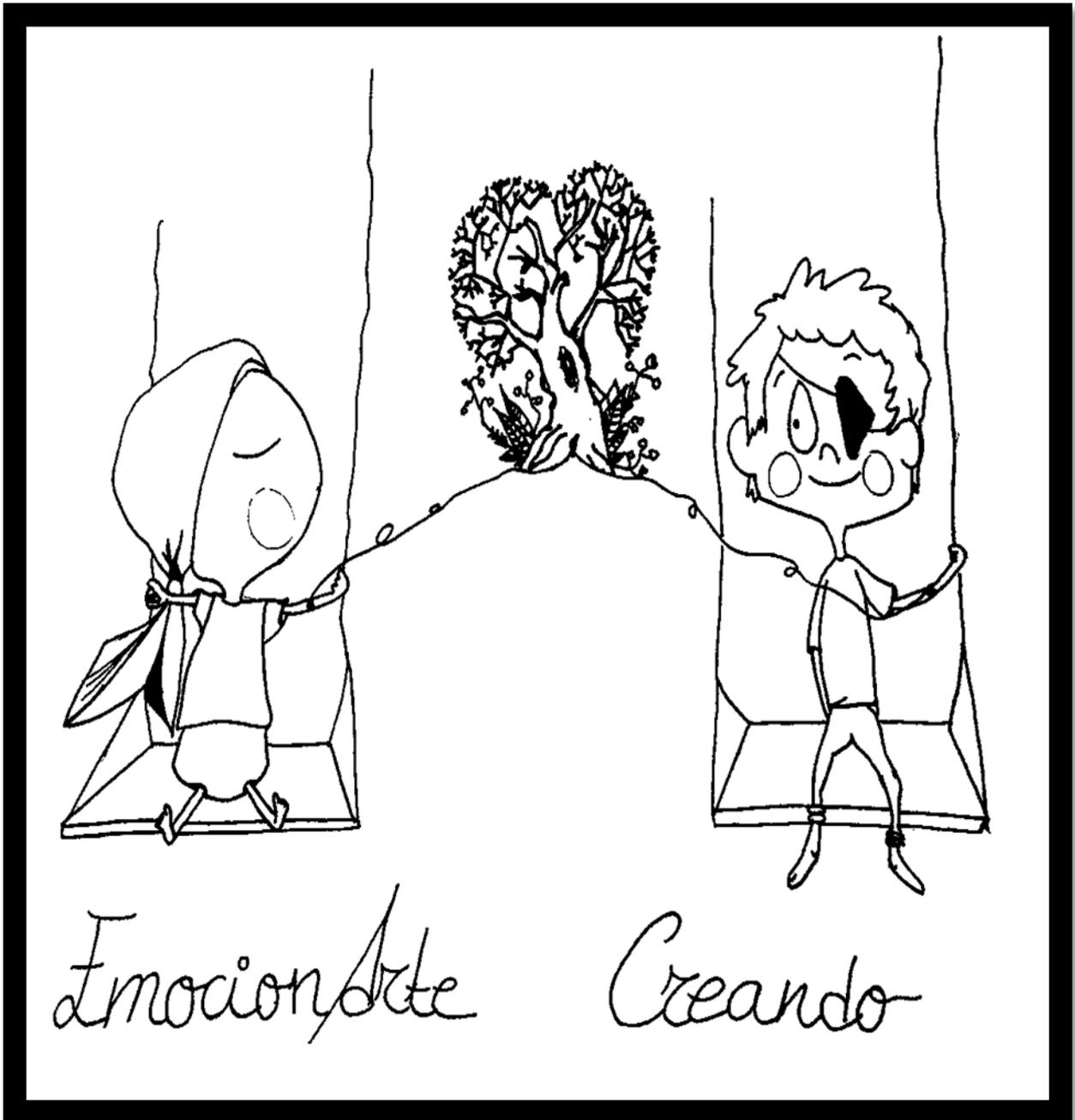
Vivas, M., Gallego, D. J., & González, B. (2007). Educar las emociones. Dickinson.

Walker, D.K.; Stein, R.E.; Perrin, E.C. y Jessop, D.J. (1990). Assessing psychosocial adjustment of children with chronic illness. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*.

ANEXOS

Anexo 1

Imagen representativa de mi tema "EmocionArte Creando"



Anexo 2

“Mis cosas tienen vida propia”



Historias humorísticas de frutas increíbles.mp4



Actividad de ampliación: Creación de frutas o verduras inventadas

- Tomate	- Regaliz	<i>Tomaliz</i>
- Patata	- Chocolate	<i>Patachola</i>

Dibujo de la “verdura”



Anexo 3

Trabajando juntos: "El huerto"



Las plantas.mp4

Compara y Contrasta: "El huerto"



¡Hacemos semilleros!



COMPARA Y CONTRASTA



¿EN QUÉ SE PARECEN?

¿EN QUÉ SE DIFERENCIAN?

EN CUANTO A:

<input type="text"/>	←	FORMA	→	<input type="text"/>
----------------------	---	-------	---	----------------------

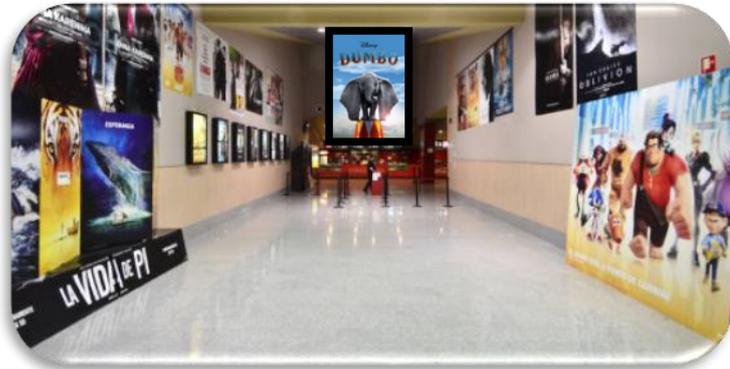
<input type="text"/>	←	TACTO	→	<input type="text"/>
----------------------	---	-------	---	----------------------

<input type="text"/>	←	COLOR	→	<input type="text"/>
----------------------	---	-------	---	----------------------

<input type="text"/>	←	OLOR	→	<input type="text"/>
----------------------	---	------	---	----------------------

Anexo 4

“Nos gusta el cine”



Anexo 5

“La música transmite”

Veo, escucho y ¿qué siento?



El pez feliz.MP4



Mi película_El pez feliz.mp4



Audios:



Las Cuatro Estaciones de Vivaldi.mp3



Raindrop_Frédéric Chopin.mpeg

Anexo 6

“El arte”

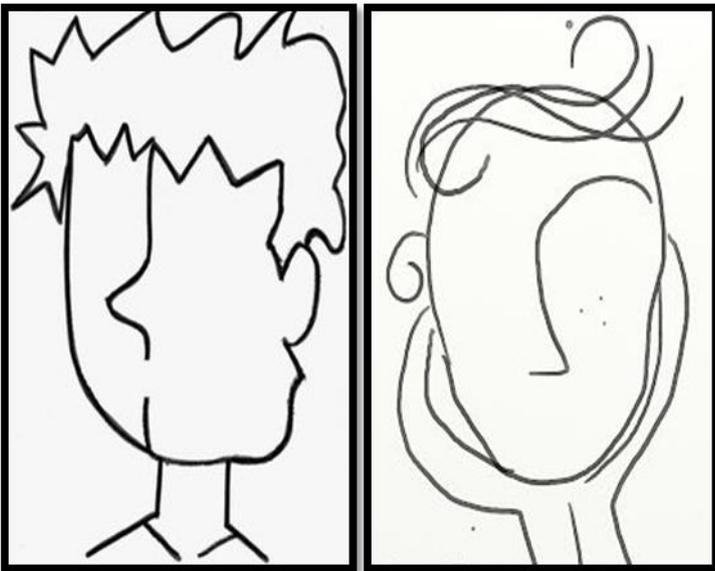


“Conocemos a Pablo Picasso”



Picasso para niños.mp4

Siluetas: ¡Hacemos un collage cubista!



¡El cubismo!



ROLL • A • PICASSO			
1st roll face	2nd roll eye	3rd roll nose	4th roll mouth