

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PEDAGOGIA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN PARVULARIA

ANÁLISIS DE LAS METODOLOGÍAS APLICADAS EN EL PROCESO DE  
ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN LAS AULAS HOSPITALARIAS EN  
NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS DE LA FUNDACIÓN JUAN JOSÉ MARTÍNEZ EN  
EL HOSPITAL DE SOLCA

AUTORA:

PATRICIA DE LOS ANGELES GUAROCHICO ALMEIDA

DIRECTORA:

DRA. ROSA ARMAS

QUITO, 2010

## **Declaratoria de responsabilidad**

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora Patricia de los Angeles Guarochico Almeida.

Quito, 01 de diciembre del 2010.

(f) \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a todos esos angelitos del hospital de niños Baca Ortiz y hospital de SOLCA, quienes ya no están con nosotros y a los que siguen luchando por su vida, los cuales con su ejemplo de perseverancia me incentivaron a realizar este trabajo y nos dan una lección de vida.

Dedico a toda mi familia pero en especial a mis padres Wilson y Sarita quienes con su amor y paciencia han sabido inculcarme ese deseo de superación y culminación de mis metas, a mis compañeras y amigas de aula, con quienes recorrimos estos cuatro años llenos de alegrías y satisfacciones. Amigas gracias.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Fundación Juan José Martínez a su directora la Lcda. Irma Vallejo quien me permitió realizar la investigación en el hospital de SOLCA, a las maestras hospitalarias y a todos los padres y madres de familia quienes me brindaron su amistad, cariño y sobre todo confianza para trabajar con sus hijos.

De igual manera agradezco a mi directora de carrera Máster María Sol Villagómez quien me alentó a realizar esta investigación, a mi tutora de tesis la Dra. Rosita Armas quien supo guiarme y brindarme su amistad y a todos mis profesores que a lo largo de la carrera han compartido sus conocimientos para hacer de mí una buena docente.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Descripción del problema.....	3
Formulación del problema.....	4
Sistematización del problema.....	4
Objetivos.....	4
Justificación.....	5
Delimitación.....	6
Hipótesis.....	7
Variables.....	7
Población y Muestra.....	9
Marco metodológico.....	9
MARCO TEÓRICO	
<b>CAPITULO I</b>	
<b>Metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje</b>	
1.1. Metodología.....	12
1.2. Estrategias metodológicas de la enseñanza – aprendizaje.....	13
1.3. Objetivos dentro del proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias.....	16
1.4. Tipos de estrategias.....	18
1.5. Criterios metodológicos a seguir para la intervención en un medio hospitalario.....	23
1.6. Proceso de enseñanza – aprendizaje.....	25

## **CAPITULO II**

### **Las Aulas Hospitalarias**

2.1. Conceptualización del término aula hospitalaria.....	41
2.2. Características especiales de las aulas hospitalarias.....	42
2.3. El aula hospitalaria como educación compensatoria.....	43
2.4. Limitaciones de las aulas hospitalarias.....	44
2.5. Semejanzas y diferencias entre el aula hospitalaria y el aula regular.....	45
2.6. La pedagogía hospitalaria.....	46
2.7. Labor docente.....	49
2.8. Retos de la pedagogía hospitalaria.....	51

## **CAPÍTULO III**

### **Consecuencias del cáncer en el proceso de aprendizaje en niños de 4 a 6 años**

3.1. Descripción de la enfermedad.....	54
3.2. Secuelas de los tratamientos.....	64
3.3. Impacto psicológico en el niño y familia.....	65
3.4. Impacto fisiológico en el niño/a.....	67
3.5. La educación el cáncer.....	68

## **CAPÍTULO IV**

### **Características generales del desarrollo del niño/a de 4 a 6 años**

4.1. Definición de niño/a.....	71
4.2. Definición de desarrollo.....	72
4.3. Teoría de Piaget sobre el desarrollo.....	73
4.4. Etapas del desarrollo según Piaget.....	74

4.5. Etapa preoperacional (2 a 7 años).....	76
4.6. Características generales del desarrollo del niño/a de 4 a 6 años.....	80
<b>MARCO EMPÍRICO</b>	
<b>CAPITULO V</b>	
<b>Análisis e interpretación de resultados</b>	
5.1. Métodos.....	85
5.2. Técnicas.....	86
5.3. Instrumentos.....	87
5.4. Población y muestra.....	87
5.5. Instrumento utilizado.....	89
5.6. Análisis interpretativo de la primera prueba aplicada.....	107
5.7. Desarrollo de los casos investigados.....	117
5.8. Análisis interpretativo de la segunda prueba aplicada.....	121
5.9. Interpretación de la observación.....	122
5.10. Antecedentes del proceso de entrevista.....	122
5.11. Comprobación de hipótesis.....	131
CONCLUSIONES.....	134
RECOMENDACIONES.....	136
ANEXOS.....	138

## INTRODUCCIÓN

Para tener una idea más clara de las metodologías que se aplican en el proceso de enseñanza aprendizaje en niños de 4 a 6 años en las aulas hospitalarias en el hospital de SOLCA, se realizará la investigación en varios textos y documentos, así mismo, la aplicación de las pruebas para conocer si las metodologías satisfacen las necesidades e intereses del niño/a, además se realizará varias entrevistas a las madres y padres de familia, a las maestras hospitalarias y a la directora de la fundación Juan José Martínez.

Los Capítulos que se han planteado son: Metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza aprendizaje, Las aulas hospitalarias, Consecuencias del cáncer en el proceso de aprendizaje en niños de 4 a 6 años, Características generales del desarrollo del niño de 4 a 6 años, y finalmente, el análisis de la información recopilada a través de los métodos, técnicas e instrumentos planteados para esta investigación.

El objetivo de esta investigación es el análisis de los tipos de metodologías utilizadas en el proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños de 4 a 6 años, mientras que la hipótesis planteada es: “Las metodologías que aplica la Fundación Juan José Martínez en el proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños de 4 a 6 años del hospital de SOLCA, está orientada a trabajar según las necesidades e intereses del niño/a”.

En cuanto al desarrollo de la investigación, se analizaron los siguientes elementos: rol de la maestra hospitalaria, rol del estudiante oncológico, rol de los padres y madres de familia, como un todo, como una comunidad educativa, además el ambiente hospitalario como lugar en donde se desarrolla el aula hospitalaria.

Espero que a través de esta investigación se aporte y se esclarezca dudas sobre cómo se da el proceso de enseñanza aprendizaje en un ambiente hospitalario, es decir, aula hospitalaria, y así, los docentes tengan herramientas claras y precisas para poder desarrollarse como un docente hospitalario.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### **1 . Descripción del problema.**

Hoy en día, el niño/a con cáncer tiene grandes posibilidades de sobrevivir a la enfermedad, pero existe una gran incertidumbre por el futuro, ya que los procedimientos a los que se debe someter el niño/a y los efectos del tratamiento, producen un fuerte impacto en el área académico, emocional, psicológico, social, afectivo y familiar.

Es por ello que los niños/as que se encuentran hospitalizados, están obligados a retirarse parcial o definitivamente del centro educativo, esto trae como consecuencia un retraso académico enorme, pero a pesar de ello se debe continuar trabajando con el currículo normal del niño, pero se deberá tomar en cuenta que las metodologías a emplear no pueden ser las mismas que en la escuela regular, ya que el niño/a en muchos de los casos se encuentra decaído, con malestar y no podrá trabajar la actividad planificada.

Los niños/as al ingresar al hospital sufren además un aislamiento social, para evitar esto la Fundación Juan José Martínez ha creado un programa nacional de aulas hospitalarias, en donde reciben una educación personalizada para poder seguir con su currículo normal y con su proyecto de vida.

## **2 . Formulación del problema.**

- ¿Qué tipo de metodologías se aplican en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños/as de 4 a 6 años en el Hospital de SOLCA?

## **3 . Sistematización del problema.**

- ¿Qué dificultades tienen los niños/as con cáncer de 4 a 6 años dentro del proceso de enseñanza - aprendizaje?
- ¿Las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje satisface las necesidades e intereses de los niños/as?
- ¿Cómo ha mejorado la calidad de vida de los niños/as el programa de aulas hospitalarias?

## **4 . Objetivos:**

### **4.1 Objetivo General:**

- Analizar los tipos de metodologías utilizadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños/as de 4 a 6 años, a través de una investigación de campo en el Hospital de SOLCA para conocer su efectividad.

### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar las dificultades que presentan los niños/as con cáncer en el proceso de enseñanza-aprendizaje, a través de una indagación teórica para optimizar el proceso educativo.

- Señalar si las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje satisfacen las necesidades e interés de los niños/as, mediante la aplicación de pruebas para mejorar su calidad de vida.
- Definir como ha mejorado la calidad de vida de los niños/as el programa de aulas hospitalarias, a través de una observación de campo para conocer su efectividad.

## **5 . Justificación.**

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer qué metodologías se aplican en el proceso de enseñanza – aprendizaje en niños/as de 4 a 6 años en el hospital de SOLCA, ya que estos niños/as por el hecho de estar hospitalizados pierden contacto parcial o definitivo con su centro educativo, para poder evitar este tipo de aislamiento se debe aplicar en estos casos una didáctica hospitalaria, la cual consiste en llevar la escuela a su habitación y poder continuar con su currículo normal, para lograr así un crecimiento académico, moral, psicológico, emocional – afectivo y social. De esta forma, lograríamos que el proceso de hospitalización sea lo más provechoso posible; es decir, que no solamente reciban un tratamiento médico sino que puedan continuar con sus estudios y cuenten con un espacio de recreación.

Por otra parte la enfermedad les provoca una disminución de su energía y concentración e influye negativamente en su desarrollo cognitivo, afectivo y social. Algunos niños/as tendrán grandes limitaciones en su actividad y funcionamiento intelectual; otros no. Ciertas discapacidades serán permanentes; otras, transitorias. Y en un período largo de tiempo la gravedad de la discapacidad puede aumentar, disminuir o permanecer estacionaria.

El curso de la enfermedad, los tratamientos y los efectos secundarios son muy variados y hacen que los niños/as estén sujetos a altibajos, estancamientos y

retrocesos, por lo tanto, sus necesidades educativas son más impredecibles que las de otras deficiencias. La respuesta educativa a estas necesidades debe ser rápida y flexible, requiere de una coordinación entre la educación especial y la ordinaria, y el reconocimiento de que los niños con problemas de salud son responsabilidad de toda la escuela, y de toda la comunidad educativa.

Dentro de esta nueva visión, el alumno/a se ha convertido en el personaje principal del proceso educativo y el docente en el facilitador, trayendo como consecuencia que los contenidos y la metodología estén orientados a las necesidades del educando y, por ende, a su desarrollo pleno como ser humano.

## **6 . Delimitación:**

La investigación será realizada en el hospital de SOLCA, ya que ahí brinda sus servicios la Fundación Juan José Martínez a los niños/as que se encuentran hospitalizados. El hospital se encuentra ubicado en el cantón Quito, Parroquia Chaupicruz, sector norte de la ciudad, barrio el Edén, entre la Avda. Eloy Alfaro y los Pinos.

Esta investigación tiene una duración aproximada de 6 meses, después de ese tiempo se podrá verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.

El enfoque que tiene esta investigación es exclusivamente metodológico, ya que el problema es conocer qué metodologías se emplean en las aulas hospitalarias, ya que no pueden ser las mismas que se aplican en una educación normal.

Dentro de las metodologías se puede encontrar varios tipos, pero la investigación estará fundamentada en la metodología activa (Métodos activos), el cual brinda apoyo a la actividad espontánea del niño/a, basándose en las inclinaciones e

intereses. Además el maestro/a acompaña, guía, asesora y procura controlar el progreso, dando el ejemplo, aclarando dudas, explicando cuando es necesario. La esencia del método es la combinación de la palabra del profesor con la actividad del niño/a.

## **HIPÓTESIS**

Las metodologías que aplica la Fundación Juan José Martínez en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños de 4 a 6 años del Hospital de SOLCA, está orientada a trabajar según las necesidades e intereses del niño/a.

## **VARIABLES**

### **1. Identificación de variables:**

#### **a. Variables Independientes.**

- Necesidades e Intereses del niño.

#### **b. Variables Dependientes.**

- Metodologías
- Aulas hospitalarias

### **2. Definición conceptual de las variables**

- a) **Necesidades e Intereses del niño.-** Necesidades es la expresión de lo que un ser vivo o niño requiere indispensablemente para su conservación

y desarrollo. Además es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, e intereses es la inclinación del niño por algún objeto o cosa.

**b) Metodología.-** Es el conjunto de procedimientos, instructivos encaminados a crear las condiciones adecuadas para que se produzcan el aprendizaje de las intenciones educativas de manera significativa.

**c) Aulas hospitalarias.-** Son unidades educativas de apoyo con características especiales, que funcionan preferentemente en un hospital dentro del mismo recinto o en sus dependencias, cuyo objetivo es proporcionar atención educativa y garantizar la continuidad del proceso educativo de los escolares de educación pre básica, básica, especial y media, hospitalizados.

### **3. Definición operacional de las variables**

#### **a) Indicadores:**

- **Necesidades del niño e intereses del niño:** Todo niño tiene la necesidad de ser alimentado, de ser aseado, de relacionarse con otras personas, de aprender, de vestirse, de ser mimado y tomado en cuenta.

El niño tiene mucha curiosidad por las cosas que se encuentran a su alrededor, por conocerlas, explorarlas y vivenciarlas.

- **Metodología:** Es un instrumento muy importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pues ayuda que los conocimientos sean impartidos y adquiridos de una manera segura y eficaz.

- **Aulas hospitalarias:** Hay niños que permanecen mucho tiempo en el hospital y pierden su ritmo de estudio, es por ello que la escuela se traslada a la habitación del niño y lo ayuda con su estudio y su proyecto de vida.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población que se tomará en cuenta en esta investigación serán niños/as de 4 a 6 años que se encuentran internos en el hospital de SOLCA, docentes, padres y madres de familia y directora de la Fundación.

De esta población se tomará una muestra representativa de 4 niños/as, 2 docentes, padres y madres de los 4 niños/as y la directora de la fundación, en la cual se aplicará un muestreo no probabilístico para poder realizar las investigaciones correspondientes y poder así verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.

## **MARCO METODOLÓGICO**

Para conocer más sobre las metodologías que se aplican en las aulas hospitalarias, se va a realizar la presente investigación haciendo uso para ello del método Hipotético – Deductivo y del método Socio – Educativo. Que al respecto Bisquerra (2004 p.55 - 70) dice:

*“Es un procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético – deductivo tiene varios pasos esenciales:*

- *Observación del fenómeno a estudiar;*
- *Creación de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y*
- *Verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.*

*Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación)”<sup>1</sup>*

A continuación se detallará los métodos, técnicas e instrumentos a utilizar dentro de esta investigación

## **MÉTODOS:**

- **Descriptivo.-** Ya que se estudiará, analizará, describirá los diversos aspectos en cuanto se refiere a los niños.
- **Experimental.-** Ya que se provocará una determinada situación para poder estudiar el caso, esto se lo realizará tomando como muestra a dos niños del hospital.
- **Explicativo.-** Por que el interés se centrará en explicar porqué ocurre y en qué condiciones se da.
- **De campo.-** Por que la investigación se la realizará en el centro hospitalario y con los niños.

---

<sup>1</sup> BISQUERRA ALZINA, Rafael. Metodología de la Investigación Educativa. Editorial La Muralla S.A. Edición 1ª 2004, Pág. 62

## **TÉCNICAS:**

- **Observación directa.-** Se utilizará con el fin de obtener datos confiables, ya que se trata de una observación de carácter descriptivo.
- **Fichas de observación.-** Se recopilará datos o hechos observados, estableciendo de antemano los criterios a estudiar.
- **Pruebas.-** Se aplicará para corroborar la efectividad de las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## **INSTRUMENTOS:**

- **Fichas.-** Este instrumento se utilizará para ordenar y clasificar todos los datos consultados, es decir, las observaciones de campo.
- **Entrevistas.-** Se recurrirá a este instrumento con el objetivo de obtener información precisa, concreta y confiable.
- **Cuestionarios.-** Al igual que el anterior instrumento este cumplirá el mismo objetivo, además nos ayudará al cumplimiento de los objetivos y a la veracidad de la hipótesis.

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO I

#### **METODOLOGÍAS APLICADAS EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE.**

##### **1. Metodología.**

**Definición:** Se define a la metodología como:

*“El conjunto de procedimientos, instructivos encaminados a crear las condiciones adecuadas para que se produzcan el aprendizaje de las intenciones educativas de manera significativa”<sup>2</sup>*

Es evidente que la enseñanza necesita una metodología, es decir, un método o conjunto de métodos que le permitan llegar a los fines en forma directa y segura. De esta metodología se desprenden los procedimientos que el educador/a utiliza, fundados en la experiencia, la investigación y el análisis.

Es importante crear un proceso de intervención que consiga en la práctica una serie de contenidos de aprendizajes previamente establecidos. Lo que el niño/a es capaz de aprender en un momento determinado depende tanto de sus características individuales, conocimientos precisos, intereses, como del tipo de ayuda que se le proporcione.

---

<sup>2</sup> MEDINA, Rivilla. Didáctica e Interacción en el aula. Cincel – Kapetusz, Madrid-España, 1988, pág. 45.

Dentro de la metodología se encuentran las estrategias metodológicas, las cuales nos permiten identificar principios, criterios y procedimientos que configuran la forma de actuar del docente en relación con la programación, implementación y evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje.

En el nivel inicial, la responsabilidad educativa del educador o la educadora es compartida con los niños y las niñas que atienden, así con las familias y personas de la comunidad que se involucren en la experiencia educativa.

La participación de las educadoras y los educadores se expresa en la cotidianidad de la expresión al organizar propósitos, estrategias y actividades. Además aportan sus saberes, experiencia, concesiones y emociones que son los que determinan su accionar en el nivel y que constituyen su intervención educativa.

## **2. Estrategias metodológicas de la enseñanza aprendizaje.**

Constituyen la secuencia de actividades planificadas y organizadas sistemáticamente, permitiendo la construcción de un conocimiento escolar que supone un proceso de cambio de su conocimiento previo al conocimiento adquirido, es decir, que el alumno/a debe sustituir, integrar o reinterpretar su conocimiento previo de acuerdo a la nueva información presentada, todo esto se manifiesta con el apoyo de las comunidades educativas, es decir, escuela, familia y sociedad.

El conocimiento previo del alumno/a es muy resistente al cambio, porque su carácter implícito hace que se maneje con la teoría y no sobre la teoría. Además, el pensamiento no está concebido como para ponerse a prueba (y por ello no se somete a cuestionamientos) ya que este, cumple la función de mantener un equilibrio entre el cambio y la estabilidad de conocimiento.

Estas estrategias metodológicas además se refieren a las intervenciones pedagógicas realizadas con la intención de potenciar y mejorar los procesos espontáneos de aprendizaje y de enseñanza, como un medio para contribuir a un mejor desarrollo de la inteligencia, la afectividad, la conciencia y las competencias para actuar socialmente.

Según Nisbet Schuckermith (1987), estas estrategias son procesos ejecutivos mediante los cuales se eligen, coordinan y aplican las habilidades. Se vinculan con el aprendizaje significativo, es decir cuando el alumno o alumna otorga sentido a los objetos, hechos y contextos que presentan experiencias educativas. Asimismo se otorga sentido a través de una dinámica de intercambio de las estructuras de conocimiento (sentir con la emoción). Es decir, el mundo no se absorbe ni se capta simplemente, sino que es la persona que da significado a las cosas, interpretándolas desde lo que sabe y siente de ellas.

El conocimiento de las estrategias de aprendizaje empleadas y la medida en que favorecen el rendimiento de las diferentes disciplinas, permitirá también el entendimiento de las estrategias en aquellos sujetos que no las desarrollen o que no las aplican de forma efectiva, mejorando así sus posibilidades de trabajo y estudio. Pero es de gran importancia que los educadores y educadoras tengan presente que ellos son los responsables de facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje, dinamizando la actividad de los y las estudiantes, los padres, las madres y los miembros de la comunidad.

Es de su responsabilidad compartir con los niños y niñas que atienden, así como con las familias y personas de la comunidad que se involucren en la experiencia educativa.

Los docentes deben organizar propósitos, estrategias y actividades, aportar sus saberes, experiencias, concesiones y emociones que son las que determinan su acción

en el nivel inicial y que constituyen su intervención educativa intencionada. Parten de los intereses de los niños y niñas, identifican y respetan las diferencias y ritmos individuales e integran los elementos del medio que favorecen la experimentación, la invención y la libre expresión.

En esta tarea diferenciadora los niños y niñas reclaman desde lo que sienten y conocen, motivados y motivadas por firma de la libertad que se les ofrece. Por su parte, intervienen con sus emociones, saberes y expresiones culturales y comunitarias específicas en el proceso educativo.

Además construyen conocimientos haciendo, creando, jugando, experimentando; estas estrategias implican actuar sobre su entorno, apropiarse de ellos; conquistarlos en un proceso de interrelación con los demás.

Existen varios tipos de métodos pero solo se tomará en cuenta a los métodos didácticos y en especial los métodos activos, ya que son los que se apoyan en la actividad espontánea del alumno/a basándose en sus inclinaciones e intereses. El profesor/a acompaña, guía, asesora y procura controlar el progreso, dando el ejemplo, aclarando dudas, explicando cuando es necesario. La esencia del método es la combinación de la palabra del profesor con la actividad del alumno.

A continuación se detallarán los tipos de métodos, los cuales se clasifican basándose en la posición que el educador/a adopta frente al educando.

- **Métodos basados en la autoridad del maestro/a:** Son los que basan la enseñanza en la palabra del maestro/a. El alumno/a se limita a escuchar en silencio, no participando en la clase sino cuando es interrogado. La transmisión del conocimiento se hace principalmente por vía verbal, y el

alumno/a debe asimilar lo que puede oyendo a su profesor/a y procurando razonar con él.

- **Métodos basados en la intuición:** Son los que basan la enseñanza en la demostración evitando el discurso, la explicación. El alumno/a ve y a través de lo que ve, extrae sus conclusiones basándose en razonamientos personales.
- **Métodos activos:** Son los que se apoyan en la actividad espontánea del alumno/a basándose en sus inclinaciones e intereses. El profesor/a acompaña, guía, asesora y procura controlar el progreso, dando el ejemplo, aclarando dudas, explicando cuando es necesario. La esencia del método es la combinación de la palabra del profesor/a con la actividad del alumno/a.

Este último método es el que se utiliza dentro de las aulas hospitalarias, ya que está orientado a trabajar por el bienestar del niño, es decir, cubrir sus necesidades e intereses, además estas metodologías son flexibles y se acoplan al niño/a.

### **3. Objetivos dentro del proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias.**

Uno de los más importantes objetivos dentro del proceso educativo es el de proporcionar atención educativa hospitalaria a los niños/as que por causa de una enfermedad se ven obligados a pasar largos períodos de tiempo en un hospital.

A continuación se detallará los objetivos específicos que se pueden concretar en:

- Continuar, si las condiciones de salud lo permiten, el currículo establecido con carácter general en el nivel correspondiente a cada niño/a hospitalizado, realizando en caso necesario las oportunas adaptaciones curriculares.
- Alcanzar la consiguiente coordinación entre el aula hospitalaria y el centro de procedencia del alumno/a.
- Facilitar la integración del niño/a en su nivel de escolarización en el momento en que se produzca el final de su período de hospitalización, afianzando su seguridad y autoconcepto a través del proceso educativo desarrollado en el aula hospitalaria.
- Disminuir el retraso escolar en las áreas curriculares ocasionado por la ausencia al centro escolar durante el tiempo de hospitalización, a través de la continuidad de las actividades escolares.
- Conseguir, a través de las diferentes áreas curriculares que el niño/a sea capaz de valorar y situar correctamente las dimensiones reales de su enfermedad, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.
- Facilitar la integración y comunicación del niño/a hospitalizado con otros de sus mismas características, para alejarlo del aislamiento que pueda producirle su dolencia.
- Estimular la asistencia al aula hospitalaria y su participación dentro de ella.

- Desarrollar su creatividad presentando alternativas pedagógicas que permitan la expresión y liberalización de sus conflictos psicológicos (Síndrome de Hospitalismo).
- Dar un carácter positivo y un contenido formativo a los tiempos libres y de ocio en el hospital.
- Diseñar y desarrollar actividades de carácter formal e informal, que ayuden a mejorar la atención educativa del niño/a hospitalizado y su estado en el aspecto psico-afectivo.
- Fomentar las técnicas artísticas en el niño/a, para que a través de ellas aumente su rendimiento escolar.
- Utilizar los medios tecnológicos (internet) para favorecer el desarrollo afectivo, social y comunicativo de los alumnos/as.

#### **4. Tipos de estrategias.**

La profesión docente siempre ha necesitado de la dotación de un amplio abanico de estrategias y técnicas para el perfeccionamiento de la actividad educativa que les permita facilitar un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje, pero para lograr este perfeccionamiento es necesario que los docentes tengan conocimientos de los tipos de estrategias metodológicas que se utiliza en este proceso educativo.

Sólo cuando se posee una rica formación teórica, el maestro/a puede orientar con calidad la enseñanza y el aprendizaje de las distintas disciplinas. Cuando lo que media la relación entre el maestro/a y el alumno/a es un conjunto de técnicas, la educación se empobrece y la enseñanza se convierte en una simple acción instrumental, que sacrifica la singularidad del sujeto, es decir, su historia personal se excluye de la relación enseñanza - aprendizaje y, entonces, deja de ser persona para convertirse en un simple objeto.

A continuación se detallaran las estrategias.

– **Estrategia de recuperación de percepción individual.**

La estrategia permite describir los elementos de la vivencia de los niños y niñas, opiniones, sentimientos, nivel de comprensión, se sintetizan mediante:

- **Paseos, excursiones, visitas.-** A través de estas actividades los niños/as con cáncer al igual que los niños/as normales experimentarán la misma sensación de asombro, de curiosidad, y tienen la necesidad de expresar sus inquietudes o dudas y así de esta manera aprenderán de una manera vivencial.
- **Encuentro de grupos, juegos, diálogos.-** Mediante estas acciones el niño/a enfermo al igual que en la anterior actividad expresará sus opiniones, pensamientos sobre el tema que se esté tratando en ese momento, esto ayudará al niño/a a tener una seguridad de sí mismo.
- **Exploración y experimentación con diferentes texturas, temperaturas, sabores, colores y sonidos.-** Estas actividades consisten en ayudar al niño/a con cáncer y al niño/a normal a estimular y desarrollar su creatividad, ya que se acerca al objeto, lo manipula, lo conoce y aprende de una manera vivencial,

además crea un acto comunicativo y así de esta manera se está desarrollando su percepción visual, auditiva, olfativa, gustativa y táctil.

**Juegos simbólicos.-** Esta actividad enriquecerá el placer del ejercicio y la imitación de conductas, lo cual le ayudará a la realización de sus deseos, la compensación ante las frustraciones y la posibilidad de repetir las experiencias que le deja la vida

La simbolización se da cuando un niño/a logra tener una representación mental de los objetos, aun cuando se hallan ausentes, punto culminante y determinante de lo que es pensar.

Se utilizaría todas estas actividades para que los niños y niñas realicen una socialización de las percepciones individuales, es decir, que ellos dialoguen y den a conocer todo lo que piensan en relación a ello, además se reflejará sus emociones, sentimientos e intereses.

– **Estrategia de problematización.**

En esta estrategia se pone en cuestionamiento lo expuesto, lo percibido, la observación en el entorno y las soluciones propuestas se enfatizan las divergencias a través de debates y discusiones.

- **El juego espontáneo, debates, diálogos, observación y exploración, juego trabajo.-** Su finalidad es promover el estudio, el análisis y la búsqueda de soluciones alternativas a una problemática. El desarrollo de este tipo de estrategia podría realizarse a través de actividades tales como, discusiones entre los niños/as dirigidas por el educador o la educadora, o cualquier otro

actor educativo, debates entre grupos desde puntos de vistas opuestos, mesas redondas, paneles, talleres para la búsqueda de soluciones a problemas.

– **Estrategias de proyecto**

Proyectos un proceso que conduce a la creación, clasificación o puesta en realización de un procedimiento vinculado a la satisfacción de una necesidad o resolución de un problema se concretizan mediante:

- **Diálogo, juegos plásticos y de aplicación, juego trabajo, en grupos, armar y desarmar objetos observación y experimentación, exploración y clasificación.-** Se formula con el propósito de crear algo nuevo, modificar una situación, desarrollar una propuesta determinada o resolver un problema.

El desarrollo de la estrategia de proyecto parte generalmente de la determinación de un problema, el planeamiento de múltiples alternativas de soluciones, y la elección, ejecución y evaluación de una de las posibles soluciones.

Este tipo de estrategia casi siempre involucra la combinación de los demás y se apoya en el trabajo individual y en equipo.

– **Estrategia de inserción del maestro – maestra y alumnos - alumnas en el entorno:** se procura que se logre percibir, comprender, promover soluciones para los problemas naturales, ambientales y sociales, se concretizan mediante:

- **Paseos, visitas, excursiones, observación, exploración, diálogo.-** Se desarrollan con el propósito de conocer el contexto en que está ubicado, detectar problemas de la comunidad, involucrarse en ellos, analizarlos y

plantearse alternativas de solución, se puede desarrollar a través de visitas excursiones, búsqueda de información en la comunidad.

"En el proceso educativo las estrategias de aprendizaje se combinan entre sí. Pocas veces se desarrolla una estrategia de forma independiente, esa combinación dependerá de los propósitos de las características del grupo, de los recursos disponibles, entre otros factores". (Secretaría de Estado de Educación, 2000, pág. 71).

Estrategias de socialización se desarrollan fundamentalmente a través del trabajo cooperativo, las actividades grupales, tales como: dramatización, trabajos en pequeños grupos, sesiones plenarias, representaciones, actividades musicales, organización de clubes, entre otros. Con estas se promueve la libre expresión de opiniones de la creatividad, la cooperación, la solidaridad, los valores de la democracia, la búsqueda de consenso y la concertación.

– **Estrategias de socialización centrada en actividades grupales.**

Le permite al grupo la libre expresión de las opiniones, la identificación de cooperación y solidaridad.

- **Juegos dramáticos, juegos simbólicos, exposiciones, danzas, el juego de práctica y aplicación, dramatizaciones.**- Se utilizan generalmente para comunicar informaciones de interés, incluyendo propósitos a lograr líneas de acción a desarrollar, resultados de investigaciones y del trabajo realizado, sea en forma individual o en grupo.

Las exposiciones pueden ser realizadas por estudiantes, educadores, padres, madres o cualquier miembro de la comunidad. Para desarrollar esta estrategia

nos podríamos apoyar en el uso de vídeos, películas, láminas, transparencias, material del medio, material escrito, además de la palabra oral.

## **5. Criterios metodológicos a seguir para la intervención en un medio hospitalario.**

Para adoptar estos criterios metodológicos se debe tener en cuenta, como punto de partida, la especial situación en la que se encuentra el paciente hospitalizado: alejado de su ambiente familiar, pero con las mismas inquietudes y el mismo proceso social que cualquier otra persona. De ahí que los criterios metodológicos a seguir para la intervención en un medio hospitalario sean los siguientes:

- **Globalizadores**

Las actividades programadas han de partir de un criterio globalizador, en el que los contenidos se han de estructurar en torno a unos ejes concretos, que partan del propio entorno hospitalario en el que el niño/a se mueve.

- **Personalizados**

Apostar por procesos de individualización de la enseñanza, donde se garanticen la atención a sus necesidades e intereses o la equidad en la distribución de esfuerzos, recursos, y oportunidades y la solidaridad con quienes, por una patología crónica, tienen dificultad para acceder a los beneficios que la educación les proporciona.

- **Participativos**

El proceso educativo en el que se ve inmerso el niño/a en el hospital, ha de contar con la colaboración de:

- a) La familia, que va a ser el vínculo que nos conecte con el centro docente de origen del niño/a, así como de información sobre su estado físico o psíquico, a la hora de realizar cualquier tipo de actividad.
  
- b) El personal sanitario, que nos proporcionará la información necesaria acerca de su oportuna asistencia al aula, limitaciones por su estado de salud o en último caso la posibilidad de realizar actividades en su habitación.
  
- c) Por último, los profesores de su centro de origen, especialmente el tutor/a, que nos debe orientar hacia donde ha de ir dirigida nuestra actuación pedagógica, durante su estancia en el centro hospitalario.

- **Significativos**

Los docentes se convierten en educadores/as y no enseñantes, donde más que enseñar o instruir, faciliten y provoquen aprendizajes significativos, proporcionándoles una educación funcional, útil, eficaz y satisfactoria para él, acorde con su propia realidad clínica.

- **Motivadores**

Todas las actividades organizadas han de partir de propuestas interesantes, que le ayuden a construir sus propios conocimientos, desarrollando así su espíritu creativo y constructivo.

- **Socializadores**

Favorecer una metodología basada en la “actividad participativa”, donde jugar, experimentar y aprender, sean la meta de la escuela; fomentando las actividades en grupo con el fin de lograr una mayor comunicación y amistad entre los niños/as hospitalizados.

- **Flexibles**

Procurando ajustar las actividades a la diversidad de niños/as, patologías, edades y ritmos de aprendizaje.

## **6. Proceso de enseñanza – aprendizaje**

### **Definiciones:**

Respecto de la enseñanza, recurriendo al diccionario de la Real Academia de la Lengua<sup>3</sup>, se puede decir que etimológicamente el término enseñar proviene del verbo latino *insignare*, que significa indicar, señalar, marcar, presentar, distinguir o desarrollar. Con una significación un poco más amplia, se podría traducir por instruir, adoctrinar amaestrar con reglas o preceptos. En definitiva, se trata de la acción de conducir el camino de aprendizaje de una persona o grupo de personas.

También podría significar el hecho de mostrar a otro una realidad para que sea captada o apreciada por éste. En sentido real enseñar es, entre otras cosas, el sistema y método de dar instrucción a alguien.

---

<sup>3</sup> Diccionario de la Lengua Española, Madrid España Real Academia Española, XXI ed, 1992. Todas las referencias etimológicas que se citan en esta parte de la investigación son tomadas de esta misma fuente.

En cuanto al concepto de aprendizaje, vale decir que la palabra castellana aprender tiene su origen en el verbo latino *disco, edisco, discere, ediscere* que significa aprender, estudiar o saber, en tanto que el término aprendizaje proviene del latín *apprehendere* con el significado de percibir o captar.

Podemos definir el aprendizaje como un proceso de cambio relativamente permanente en el comportamiento de una persona generado por la experiencia (Feldman, 2005). En primer lugar, aprendizaje supone un cambio conductual o un cambio en la capacidad conductual. En segundo lugar, dicho cambio debe ser perdurable en el tiempo. En tercer lugar, otro criterio fundamental es que el aprendizaje ocurre a través de la práctica o de otras formas de experiencia (p.ej., observando a otras personas).

Debemos indicar que el término "conducta" se utiliza en el sentido amplio del término, evitando cualquier identificación reduccionista de la misma. Por lo tanto, al referir el aprendizaje como proceso de cambio conductual, asumimos el hecho de que el aprendizaje implica adquisición y modificación de conocimientos, estrategias, habilidades, creencias y actitudes (Schunk, 1991)

Buscando un concepto real de enseñanza, se puede decir que es “el proceso de organización, desarrollo y control de la actividad cognoscitiva, cuyo representante esencial es el o la docente”.<sup>4</sup> Por otro lado, el aprendizaje es definido como “la actividad del estudiante en ese proceso pedagógico o educación escolarizada”<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> RODRÍGUEZ, Fraga, Rafael, Didáctica de la Educación Superior, material inédito, Quito-Ecuador, Mayo del 2005.

<sup>5</sup> *Ibíd.*

La enseñanza es una actividad realizada conjuntamente mediante la interacción de 3 elementos: un profesor o docente, uno o varios alumnos o discentes y el objeto de conocimiento.

Según la concepción enciclopedista, el docente transmite sus conocimientos al o a los alumnos/as a través de diversos medios, técnicas y herramientas de apoyo; siendo él, la fuente del conocimiento, y el alumno/a un simple receptor ilimitado del mismo.

Finalmente se puede decir que el proceso de enseñanza debe concebirse como progresivo y en constante movimiento y se materializa a través del diseño y desarrollo de estrategias pedagógicas, entendiendo la pedagogía como “una mediación capaz de promover y acompañar el aprendizaje de nuestros interlocutores, es decir, de promover en los educandos la tarea de construirse y de apropiarse del mundo y de sí mismos” (Prieto, 1995, p. 16).<sup>6</sup>

Este “arte de enseñar” no constituye un proceso estático, sino excesivamente dinámico, que exige el desarrollo constante de nuevas estrategias, que se adapten a los cambios derivados o exigidos por el contexto (cultural, social, económico, político, etc.).

- **Teoría cognitiva y constructivista del aprendizaje.**

### **Teoría cognitiva del aprendizaje:**

La psicología cognitiva se preocupa del estudio de procesos tales como lenguaje, percepción, memoria, razonamiento y resolución de problema. Ella concibe al sujeto

---

<sup>6</sup> ARCINIEGAS, Darlene, Metodología para la planificación de proyectos pedagógicos de aula en la educación inicial. Fecha: 28 de junio del 2010.

<http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2007/archivos/proyectos.pdf>

como un procesador activo de los estímulos. Es este procesamiento, y no los estímulos en forma directa, lo que determina nuestro comportamiento.

Bajo esta perspectiva, para Jean Piaget, los niños/as construyen activamente su mundo al interactuar con él. Por lo anterior, este autor pone énfasis en el rol de la acción en el proceso de aprendizaje. La teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget es una de las más importantes. Divide el desarrollo cognitivo en etapas caracterizadas por la posesión de estructuras lógicas cualitativamente diferentes, que dan cuenta de ciertas capacidades e imponen determinadas restricciones a los niños/as. Con todo, la noción piagetiana del desarrollo cognitivo en términos de estructuras lógicas progresivamente más complejas ha recibido múltiples críticas por parte de otros teóricos cognitivos, en especial de los teóricos provenientes de la corriente de procesamiento de la información.

Los teóricos del procesamiento de la información critican la teoría del desarrollo de Piaget, planteando que las etapas se diferencian no cualitativamente, sino por capacidades crecientes de procesamiento y memoria. Bruner, por ejemplo, rechaza explícitamente la noción de etapas desarrollistas, sin embargo, sostiene que diferentes modos de procesar y representar la información son enfatizados durante diferentes períodos de la vida del niño/a. Él plantea que, durante los primeros años, la función importante es la manipulación física: “saber es principalmente saber cómo hacer, y hay una mínima reflexión” (Bruner, 1966). Durante el segundo período que alcanza un punto más alto entre los 5 y 7 años, el énfasis se desvía hacia la reflexión y el individuo, se hace más capaz de representar aspectos internos del ambiente.

Durante el tercer período, que coincide en general con la adolescencia, el pensamiento se hace cada vez más abstracto y dependiente del lenguaje. El individuo adquiere una habilidad para tratar tanto con proposiciones como con objetos. Es decir, según Bruner los seres humanos han desarrollado tres sistemas paralelos para procesar y representar información. Un sistema opera a través de la manipulación y la acción, otro a través de la organización perceptual y la imaginación y un tercero a

través del instrumento simbólico. Y en distintos períodos del desarrollo, se le otorga distinto énfasis a diferentes modos de representación. En este sentido, para Jerome Bruner, el desarrollo intelectual se caracteriza por una creciente independencia de los estímulos externos; una creciente capacidad para comunicarse con otros y con el mundo mediante herramientas simbólicas y por una creciente capacidad para atender a varios estímulos al mismo tiempo y para atender a exigencias múltiples. El aprendizaje por descubrimiento es la capacidad de reorganizar los datos ya obtenidos de maneras novedosas, de manera que permitan insights o descubrimientos nuevos.

Esto queda expresado en el principio de este autor: “Todo conocimiento real es aprendido por uno mismo”. Bruner propone una teoría de la instrucción que considera cuatro aspectos fundamentales: la motivación a aprender, la estructura del conocimiento a aprender, la estructura o aprendizajes previos del individuo, y el refuerzo al aprendizaje.

### **Teoría constructivista del aprendizaje:**

El constructivismo ve el aprendizaje como un proceso en el cual el estudiante construye activamente nuevas ideas o conceptos basados en conocimientos presentes y pasados. En otras palabras, “el aprendizaje se forma construyendo nuestros propios conocimientos desde nuestras propias experiencias” (Ormrod, J. E., *Educational Psychology: Developing Learners*, Fourth edición de problemas reales o simulaciones, normalmente en colaboración con otros alumnos). Esta colaboración también se conoce como proceso social de construcción del conocimiento. Algunos de los beneficios de este proceso social son:

- Los estudiantes pueden trabajar para clarificar y para ordenar sus ideas y también pueden contar sus conclusiones a otros estudiantes.
- Eso les da oportunidades de elaborar lo que aprendieron.

Los teóricos cognitivos como Jean Piaget y David Ausubel, entre otros, plantearon que aprender era la consecuencia de desequilibrios en la comprensión de un estudiante y que el ambiente tenía una importancia fundamental en este proceso. El constructivismo en sí mismo tiene muchas variaciones, tales como aprendizaje generativo, aprendizaje cognoscitivo, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje por descubrimiento, aprendizaje contextualizado y construcción del conocimiento.

Independientemente de estas variaciones, el constructivismo promueve la exploración libre de un estudiante dentro de un marco o de una estructura dada, misma estructura que puede ser de un nivel sencillo hasta un nivel más complejo, en el cual es conveniente que los estudiantes desarrollen actividades centradas en sus habilidades así pueden consolidar sus aprendizajes adecuadamente

La formalización de la teoría del constructivismo se atribuye generalmente a Jean Piaget, que articuló los mecanismos por los cuales el conocimiento es interiorizado por el que aprende. Piaget sugirió que a través de procesos de acomodación y asimilación, los individuos construyen nuevos conocimientos a partir de las experiencias. La asimilación ocurre cuando las experiencias de los individuos se alinean con su representación interna del mundo. Asimilan la nueva experiencia en un marco ya existente. La acomodación es el proceso de reenmarcar su representación mental del mundo externo para adaptar nuevas experiencias. La acomodación se puede entender como el mecanismo por el cual el incidente conduce a aprender. Cuando actuamos con la expectativa de que el mundo funciona en una forma y no es cierto, fallamos a menudo. Acomodando esta nueva experiencia y rehaciendo nuestra idea de cómo funciona el mundo, aprendemos de cada experiencia.

Es importante observar que el constructivismo en sí mismo no sugiere un modelo pedagógico determinado. De hecho, el constructivismo describe cómo sucede el aprendizaje, sin importar si el que aprende utiliza sus experiencias para entender una conferencia o intenta diseñar un aeroplano. En ambos casos, la teoría del constructivismo sugiere que construyen su conocimiento.

El constructivismo como descripción del conocimiento humano se confunde a menudo con las corrientes pedagógicas que promueven el aprendizaje mediante la acción.

- **Técnicas y métodos de enseñanza.**

Los métodos y técnicas de la enseñanza, independiente de las teorías que los originen deben sujetarse a algunos principios comunes, teniendo en cuenta el desarrollo y madurez pedagógica alcanzada hasta el presente.

Los siguientes son los principios y una breve descripción de algunos de ellos:

- **Principio de proximidad.-** Integrar la enseñanza lo más cerca posible en la vida cotidiana del educando.

El niño/a al estar hospitalizado interrumpe sus estudios regulares, pero es ahí en donde la maestra/o hospitalaria actúa, para que de esta manera el niño/a siga con sus estudios normales a pesar de su situación física, psicológica y emocional.

- **Principio de dirección.-** Tomar claros y precisos los objetivos a alcanzar.

La maestra/o conoce la situación actual de cada uno de los niños/as con cáncer, es por ello que realiza una enseñanza personalizada y para poder realizarla se debe plantear qué objetivos se quieren lograr con estos niños/as para ir directo a su cumplimiento.

- **Principio de marcha propia y continúa.-** Procura respetar las diferencias individuales, no exigiendo la misma realización de todos los educandos.

Las maestras hospitalarias son flexibles con cada uno de los niños/as, ya que muchas de las veces se encuentran con estragos a causa de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia), están depresivos, o de mal carácter, es por esto que se trabaja al ritmo del niño/a.

- **Principio de ordenamiento.-** Con el establecimiento de un orden se busca facilitar la tarea de aprendizaje.

El proceso de enseñanza- aprendizaje se lo realiza al igual que en una escuela regular de una forma ordenada, es decir, se cumple con lo planificado para ese día con cada uno de los niños/as, y de esta manera no existe atraso escolar.

- **Principio de adecuación.-** Es necesario que las tareas y objetivos de la enseñanza sean acordes con las necesidades del educando.

Dentro de las aulas hospitalarias es de suma importancia que las tareas y objetivos estén acordes a las necesidades del niño/a, ya que se va a trabajar para su bienestar total, es decir, académico, afectivo, psicológico y emocional.

- **Principio de eficiencia.-** El ideal: mínimo esfuerzo máxima eficiencia en el aprendizaje.

Las maestras hospitalarias deben aplicar metodologías apropiadas para estos niños/as, para que así de esta manera puedan adquirir el nuevo conocimiento.

- **Principio de realidad psicológica.-** Previene que no se debe perder de vista la edad evolutiva de los alumnos, así como tampoco sus diferencias individuales.

Las docentes hospitalarias deben conocer la edad evolutiva de cada uno de sus alumnos/as, además respetar sus diferencias individuales, todo esto les ayudará a manejar de mejor manera el proceso educativo, ya que cada niño es un mundo diferente.

- **Principio de dificultad o esfuerzo.-** Es preciso tener el cuidado de no colocar al educando ante situaciones en las que tenga posibilidades de salir afectado. Pues el fracaso continuado es peor veneno para la criatura humana.

Este es un principio un poco difícil de cumplirlo, ya que el niño/a sabe lo que le está ocurriendo, ya que escucha las conversaciones de los médicos con sus padres y observa las reacciones de cada uno.

Las maestras hospitalarias deben tener una estrecha relación de afecto y confianza con cada uno de los niños/as, pues esto ayudará a apaciguar un poco la preocupación, estrés del niño/as sobre su estado de salud.

- **Principio de participación.-** El educando es parte activa y dinámica del proceso.

El niño/a es el actor principal de su aprendizaje, el maestro/a solo actúa como una guía en el proceso educativo.

Todas las actividades que se realizan giran en torno al niño/a, ya que así va a aprender de una manera vivencial.

- **Principio de espontaneidad.-** Cualquier proceso emprendido debe favorecer las manifestaciones naturales del educando.

Las docentes deben tomar muy en cuenta la espontaneidad del niño/a, ya que de esta manera se está ayudando a que desarrolle su creatividad, su imaginación, y pueda tener un aprendizaje más divertido y no monótono ni aburrido.

- **Principio de transparencia.-** El conocimiento aprendido debe replicarse en otras situaciones de la vida diaria.

Para comprobar si el niño/a ha adquirido el nuevo conocimiento se debe realizar diálogos en donde el niño/a reafirme lo aprendido, además esto no solo le servirá para el momento, sino para desarrollarse en su diario vivir.

- **Principio de evaluación.-** Con un proceso continuo de evaluación, el docente podrá identificar a tiempo dificultades en el proceso de aprendizaje.

Las docentes realizan una evaluación constante y permanente, además de las evaluaciones obligatorias (lecciones orales, escritas), ya que esto les permite conocer las falencias de cada uno de ellos, y así poder reforzar sus debilidades.

- **Principio reflexión.-** Inducir al pensamiento reflexivo en el alumno/a como parte integral de actuar del ser humano.

La maestra/o al momento que está trabajando con el niño/a en un tema determinado, está estimulando el desarrollo de su pensamiento, es decir que razone, que reflexione el por qué de las cosas, que entienda que todo tiene una razón de ser y que las cosas no son así por qué sí.

- **Principio de responsabilidad.-** Encaminar todo el proceso de enseñanza de modo que el educando madure en cuanto a comportamiento responsable.

Estos niños/as por el hecho mismo de sufrir esta enfermedad, ya son personas responsables y maduras para la edad que tienen, ya que han sufrido mucho y esto ha hecho que ellos se sientan más comprometidos con sus estudios, ya que eso es su razón de vivir el poder ser alguien en la vida.

- **Principios básicos del proceso de enseñanza – aprendizaje**

Existen dos principios básicos para este proceso:

- a. La importancia de la interacción social en el aprendizaje y de la educación concebida como un proceso de construcción y cooperación.
- b. La concepción global del desarrollo y la visión del niño y la niña como sujeto único.

Estos dos principios son fundamentales en el proceso de enseñanza –aprendizaje, ya que el primero nos dice que, las relaciones sociales son importantes en todas las etapas del desarrollo, puesto que en los primeros años se tornan esenciales, ya que se convierten en el medio natural donde se realizan los aprendizajes, y es en la escuela en donde se brinda esa primera oportunidad de interactuar fuera del contexto familiar, es decir, con otros niños/as y adultos. El segundo principio trata sobre tomarle al niño/a como un ser global y único, un ser que no llega vacío de conocimiento, sino un ser que lleva consigo una serie de experiencias, vivencias y características psicobiológicas específicas que condicionarán su adaptación al contexto escolar.

- **Proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias**

Entendiendo que la metodología es el conjunto de decisiones que toma el equipo docente en relación a las diferentes variables que configuran la práctica del aula, es importante establecer cuáles son las variables específicas que se interrelacionan en el aula hospitalaria y que nos darán las claves del cómo enseñar dentro de un entorno hospitalario.

Partimos de un aula situada en un hospital y esta circunstancia le confiere unas características propias. Cualquiera de las intervenciones educativas que desde ella se

realicen tendrá que tener en cuenta que la salud es el motivo prioritario y que a él se subordinan el resto de los planteamientos pedagógicos.

Todos estos aspectos afectan de manera específica a las distintas variables metodológicas que pasamos a analizar.

#### ○ **Organización de Contenidos**

Los contenidos curriculares que se trabajan se presentan en el aula de diferentes formas.

Es la duración del ingreso del niño/a enfermo la variable que incide en la organización de los mismos.

En los alumnos/as de larga estancia el centro educativo es el que organiza los contenidos y el aula hospitalaria se adapta, ayudando al alumno/a, en la medida que su enfermedad lo permita, a seguir con la tarea marcada por la institución.

Por otra parte el aula hospitalaria desarrolla actividades recreativas, animación a la lectura, técnicas de expresión y comunicación y trabajos manuales.

#### ○ **Secuencias didácticas**

Los contenidos que se trabajan específicamente con el alumnado de larga estancia y con la colaboración del centro educativo pudiendo ser objeto de evaluación, siguen la secuenciación didáctica que el tutor señale.

El aula hospitalaria en este caso actúa como mediador, adaptando las secuencias didácticas establecidas desde los centros, a la situación de enfermedad del alumnado.

Las actividades propuestas desde el aula tienen en cuenta el nivel y la progresión de los alumno/as.

El juego como actividad constituye un recurso terapéutico y de socialización importante en el aula. A través de él se abordan también contenidos conceptuales (trabajan en forma individualizada y en pequeños grupos con alumnos/as del mismo nivel), actitudinales (son fundamentales para establecer un ambiente en el que se pueda dar una convivencia respetuosa donde lleva a cabo la actividad escolar) y procedimentales (es el eje organizador de los proyectos y tareas que en el aula se desarrollan).

#### ○ **Organización del entorno educativo**

Existe un espacio común para todo el alumnado que es el situado en la planta o pabellón de Pediatría (el aula o escuela propiamente dicho). Dentro de este espacio común se procura establecer ambientes diferenciados. El criterio de edad es el que se prioriza en esta distribución.

Característica del aula es que se trata de un espacio que, dentro del hospital, es un lugar conocido para el niño/a y en el que cuenta con una experiencia previa sobre lo que en él ocurre y cómo debe de actuar, frente al espacio hospitalario más desconocido. Es, por lo tanto, un lugar que le da seguridad.

Siguiendo con la organización espacial, es importante disponer de un lugar donde el niño/a tenga posibilidad de exponer sus trabajos (manualidades, dibujos, composiciones escritas....) ya que esto posibilita el exponer, sacar hacia el exterior, canalizar de alguna manera, la relación que el niño/a tiene o ha tenido con el aula hospitalaria y las colaboraciones en ella realizadas.

#### ○ **Organización del tiempo**

Partimos de un horario que debe cumplir una doble función: adaptarse a la vida hospitalaria y acercarse lo más posible a la situación escolar normal.

En dicha organización hay que tener en cuenta las necesidades que el aula debe cubrir y se basa en los siguientes criterios:

- La primera parte de la jornada se dedica a la toma de contacto con los nuevos alumnos ingresados y ofrecimiento del servicio escolar.
- Distribuir la jornada de forma que permita tiempos de atención individual y de grupo.
- Contemplar sesiones de trabajo individualizado con alumnos/as que tengan el trabajo programado por sus centros. Se efectuará en el aula o en las habitaciones, con la dedicación de una profesora, haciéndose cargo la otra profesora del resto de los alumnos.
- Establecer, cuando los alumnos/as de cada día lo permitan, actividades en grupo.
- Contemplar un tiempo para las actividades lúdicas y de plástica.
- Flexibilidad en cuanto al tipo de actividades, teniendo en cuenta la situación personal de cada alumno, tanto física como anímica, el tratamiento médico a que se encuentra sometido, la duración prevista de estancia en el Hospital.
- No se contempla un horario de entrada y salida del aula para los alumnos/as (se van incorporando a las actividades o abandonando el aula y reincorporándose según se suceden las pruebas o visitas médicas, cansancio, etc.)
- No se interrumpen las actividades a lo largo de la jornada en concepto de recreo.
- Se da prioridad a la atención individual de los alumnos/as de larga estancia.

- El horario de atención a las habitaciones podrá verse condicionado por las necesidades de atención en el aula.

- **Evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias.**

De igual modo que cualquier centro escolar, también las aulas hospitalarias han de llevar a cabo una evaluación de sus alumnos/as. En la mayoría de los casos, esta labor no puede llevarse a cabo, dada la variabilidad semanal de niños y niñas, que son ingresados y al cabo de pocos días u horas, son dados de alta.

En los casos de largas hospitalizaciones o niños/as de patologías crónicas, el profesor o profesora, realizará cuantas actividades sean propuestas por el centro escolar, en función del estado físico del niño/a, es decir, si el niño/a tiene o no malestar a causa de los tratamientos o a causa de una intervención quirúrgica, además se debe tomar en cuenta los objetivos específicos a cubrir, por ejemplo un objetivo sería: disminuir el retraso escolar en las áreas curriculares ocasionado por la ausencia al centro escolar durante el tiempo de hospitalización a través de la continuidad de las actividades escolares, estimulando su esfuerzo e interés.

Partiendo de esta premisa y teniendo en cuenta las especiales circunstancias del niño/a hospitalizado, el maestro/a del aula hospitalaria concederá una jerarquía mayor a la hora de evaluar, a la importancia que de su propio trabajo tenga el niño/a, de forma que sepa autoevaluar, con la ayuda del profesor/a, aspectos como su asistencia a clase, su rendimiento dentro de ella, se reforzará cada uno de sus logros, además se motivará al niño/a para la consecución de todas las actividades que durante su estancia en esta aula se le planteen.

El proceso evolutivo de cada niño/a, en especial de aquellos que vayan a estar ingresados durante un tiempo más prolongado, debe pasar por estas fases:

- **Evaluación inicial:** recogida de datos que proporcione la información necesaria para conocer la situación de partida de cada niño/a. En esta primera toma de contacto se tendrá muy en cuenta la información proporcionada por los padres y familiares de cada niño/a, que se hará de forma oral y, si fuera preciso, porque la enfermedad del niño/a requiera una estancia en el hospital más prolongada entonces sería el profesor tutor del niño/a el encargado de dar a cada profesor las pautas a seguir. Este primer contacto permitirá seleccionar el tipo de tareas a realizar, a partir de la realización de las primeras tareas propuestas.
- **Evaluación continua y formativa:** nos ayudará a comprobar el logro de los objetivos planeados, a determinar las causas de lo no planeado, además a mantener el interés constante por cada alumno/a y la preparación continua de las clases.
- **Evaluación final:** que se emitirá por escrito cuando se dé el alta al niño/a, y cuyo principal objetivo será dar información al profesor-tutor sobre la programación seguida con el alumno/a durante la hospitalización y sobre todos los datos de carácter cualitativo que se consideren pertinentes para situar correctamente al tutor respecto a su alumno/a. Este informe se emitirá sobre los niños/as cuya permanencia en el hospital sea muy prolongada. En todo este proceso y en los casos de los niños/as que requieran un período de hospitalización más prolongado el maestro/a del aula hospitalaria estará en permanente contacto con el profesor-tutor del centro de origen de los niños/as, para que las actividades realizadas en el aula sean conocidas y avaladas en todo momento por el tutor. De esta manera, la vuelta del niño/a a su colegio, desde el punto de vista escolar, será tranquila y sin sorpresas desagradables.

## CAPÍTULO II

### LAS AULAS HOSPITALARIAS

#### 1. Conceptualización del término aula hospitalaria.-

*“Se utiliza el término de aula hospitalaria cuando el aula es llevada al hospital con el objeto de permitir que los niños y/o adolescentes internados en una institución médica puedan continuar con sus estudios y cuenten con un espacio de recreación”<sup>7</sup>*

Las aulas hospitalarias son unidades educativas de apoyo con características especiales, que funcionan preferentemente en un hospital dentro del mismo recinto o en sus dependencias, cuyo objetivo es proporcionar atención educativa y garantizar la continuidad del proceso educativo de los escolares de educación pre básica, básica, especial y media, hospitalizados.

Para poder enseñar dentro de un aula hospitalaria tenemos que adaptarnos a la realidad del niño/a, comprender que ceñirnos a un currículum no nos lleva a nada. Esto hace que nos planteemos nuestra concepción de Educación, qué es lo que entendemos y buscamos alcanzar durante el proceso de enseñanza – aprendizaje y la respuesta es una mejor calidad de vida.

---

<sup>7</sup> GODOY, Haeberle, Alejandra, Objetivo de la Pedagogía Hospitalaria. , 15 de marzo 2010. <http://blogalejandragodoyh.bligoo.com/content/view/614167/Objetivos-de-la-Pedagogía-Hospitalaria.html#content-top>

## **2. Características especiales de las Aulas Hospitalarias.**

Respecto a las características especiales, es importante atender a la diversidad de la tipología infantil de los centros hospitalarios, considerar el tiempo de permanencia de los escolares en el hospital, la variedad de los supuestos clínicos, es decir, que tipo de cáncer fue diagnosticado en el niño por ejemplo: leucemia linfoblástica aguda, linfomas, tumores cerebrales, neuroblastoma, osteosarcoma, etc., además se debe tener en cuenta las especiales circunstancias psicológicas en la que el escolar puede encontrarse debido a su situación, la edad, el nivel escolar, características de los alumnos/as con necesidades educativas especiales, aspectos técnicos- pedagógicos y administrativos, como procedimientos de ingreso y egreso de alumnos/as, la infraestructura del aula, el equipamiento, la participación, las redes de apoyo, el voluntariado, etc.

Otras características de las aulas hospitalarias serían:

- Atención a niños/as de todas las edades y situaciones.
- Las aulas hospitalarias están ubicadas dentro de un centro hospitalario.
- Surgen como consecuencia de la manifestación de una serie de enfermedades, operaciones, etc.
- Son un espacio abierto y flexible, es decir que el espacio se ajusta a las necesidades e intereses de los niños/as.
- La atención que ofrecen los profesionales que trabajan dentro de las aulas hospitalarias está muy en relación con las necesidades de los niños/as.
- La asistencia sería precisamente libre y voluntaria, esto no quiere decir que no haya reglas, sino que no se le obliga al niño/a a asistir o a realizar la tarea planificada, pues hay que tomar en cuenta su estado de ánimo, y ver si realmente puede o no trabajar.

### **3. El Aula Hospitalaria como Educación Compensatoria**

El aula hospitalaria no reemplaza, ni pretende reemplazar a la escuela de origen del paciente alumno/a. Antes que nada debemos dejar bien en claro que el niño, niña o joven hospitalizado, es un paciente que se encuentra aquejado por una patología crónica o/u enfermedad, por lo tanto primero es paciente y en segundo lugar es alumno/a del sistema a través de un aula hospitalaria.

El aula hospitalaria es una unidad de apoyo que permite que una niña, niño y joven continúe sus estudios regulares mientras permanezca hospitalizado o en tratamiento médico. Por las características de sus alumnos/as, debe ser flexible a los horarios de clases, actividades que se desarrollen dentro del currículo escolar, permitir las adecuaciones curriculares y respetar los ritmos de aprendizajes en forma individual de cada paciente alumno/a. ayudándole así a que no sufra un desfase en su proceso de enseñanza-aprendizaje, cosa que cuando se integre a su escuela de origen lo haga sin dificultades de carácter pedagógico y le ayude a superar rápidamente su estado emocional y afectivo producto de su enfermedad.

Además de lo que se trata es de favorecer la continuidad del proceso educativo, entendido éste como un derecho social que mejora la calidad de vida del niño/a enfermo, intentando ayudarlo a superar, de la forma más satisfactoria y menos traumática posible, su periodo de hospitalización.

Esta atención pedagógica al niño/a hospitalizado, se ve en la actualidad como una necesidad, cuya respuesta es dependiente de la duración y/o reiteración de las hospitalizaciones. Si son ingresos inferiores a una semana, predominan las actividades lúdicas. La aportación de experiencias de juegos, se constituyen como la esencia de los programas de calidad de la vida infantil, bien en actividades grupales y/o en sesiones individuales, teniéndose en cuenta la proporción de ingresos por edades.

Para hospitalizaciones más prolongadas se elaboran programaciones centradas en ámbitos de actuación: escolar, lúdico, orientación personal y familiar.

En estas edades es importante fomentar y mantener los contactos con las instituciones educativas para realizar un seguimiento del currículo escolar (teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad / terapia), considerando la flexibilidad que debe caracterizar la realización y el desarrollo de la educación en los hospitales.

Con ello facilitaremos la posterior reinserción académica y social del niño/a en su ámbito escolar ordinario.

Esta reinserción se logrará animando a los niños y niñas a volver al establecimiento tan pronto como finalice la fase inicial de los tratamientos. Los profesores de las escuelas de origen, pueden facilitar este regreso manteniéndose en contacto con los padres, el personal de salud o la maestra hospitalaria.

#### **4. Limitaciones de las Aulas Hospitalarias.**

Las aulas hospitalarias al ser una unidad educativa de apoyo tienen algunas limitaciones como cualquier institución educativa regular.

A continuación se detallarán cuáles son estas limitaciones:

- El personal que labora en las aulas hospitalarias no son suficientes para atender a todos los niños/as del Hospital de SOLCA y Hospital de niños/as Baca Ortiz, ya que solo existen 2 maestras en cada hospital, las cuales no se abastecen con la gran cantidad de niños/as enfermos, ya que ellas deben proporcionar una educación personalizada.
- El material con el que se cuenta en las aulas hospitalarias no es suficiente para la cantidad de niños/as existentes, ya que al ser este un programa nacional de aulas

hospitalarias perteneciente a la Fundación Juan José Martínez, no cuenta con los recursos necesarios para cada niño/a.

- No cuenta con una infraestructura apropiada, ya que realizan su trabajo en sitios proporcionados por el hospital, los cuales son adecuados a las necesidades de los niños/as.

## 5. Semejanzas y diferencias entre el aula hospitalaria y el aula regular.

### Diferencias:

<b>Aula hospitalaria</b>	<b>Aula regular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja con niños/as de todas las edades.</li> <li>• Material insuficiente para todos los niños/as.</li> <li>• La enseñanza es personalizada, ya que existen niños/as de varias edades.</li> <li>• Los niños/as a causa de su enfermedad tienen dificultades de aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja con un grupo homogéneo</li> <li>• Material suficiente para cada uno de los niños/as.</li> <li>• La enseñanza es general, ya que solo existe un solo rango de edades entre los niños/as.</li> <li>• Los niños/as son sanos y no tienen dificultad en el proceso de enseñanza –aprendizaje, salvo el caso de que sea por otro motivo.</li> </ul>

## Semejanzas:

Aula hospitalaria	Aula regular
<ul style="list-style-type: none"><li>• El docente busca el bienestar total para sus alumnos.</li></ul>	

## 6. La pedagogía hospitalaria.-

*“La pedagogía hospitalaria supone una acción multidisciplinar y considera que las dificultades de aprendizaje y los problemas de salud no puedan ser abordados exclusivamente desde la pedagogía o medicina”<sup>8</sup>*

La finalidad de la atención en hospitalización infantil, no es otra que la de educar para la vida, papel que corresponde al educador/a y que indudablemente desborda la específica labor del personal hospitalario. La actividad pedagógica como complemento de la acción médica en los hospitales ha tomado carta de naturaleza desde hace años en muy diversos países europeos y norteamericanos. Se conoce que en décadas pasadas los servicios de pediatría de muchos hospitales estaban cerrados incluso a los padres y en este ambiente tan rígido no había lugar para la educación de los niños/as.

Fue a partir de la Segunda Guerra Mundial, y debido principalmente a la labor de pediatras y psicólogos, que estos servicios de pediatría comenzaron a abrir sus puertas. La razón fundamental estuvo en las frecuentes y severas alteraciones psicológicas que sufrían los niños/as ingresados durante largos períodos de tiempo en los hospitales, alejados de su entorno habitual. Los primeros educadores que entraron

---

8SUÁREZ, Rueda, Mariana, Pedagogía Hospitalaria, una alternativa para menores enfermos, 15 de marzo del 2010. [www.elexpectador.com/Pedagogiahospitalaria](http://www.elexpectador.com/Pedagogiahospitalaria), una alternativa para menores enfermos.htm

en los servicios de pediatría contribuyeron, de forma considerable, a la prevención del «hospitalismo».

El contexto en el que se imparte cualquier aprendizaje en el que se ejerce la función educativa no es algo trivial o insignificante. El hecho de enseñar unos determinados contenidos en el contexto hospitalario, tanto por los contenidos mismos que se imparten como por el modo de hacerlo, hace que la Pedagogía resultante, la Pedagogía Hospitalaria, cumpla una función nuclear y vertebradora de toda una experiencia de enseñanza que tiene en sí misma un ámbito propio y una significación específica, muy distinta y diversa de cualquier otro quehacer pedagógico.

La Pedagogía Hospitalaria constituye un modo especial de entender la Pedagogía. Se encuentra orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo. Se ofrece como una Pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, transformando su sufrimiento en aprendizaje (Lizasoáin, 2000). En esta misma línea, Del Valle y Villanezo (1993) aclaran que la Pedagogía Hospitalaria no es una ciencia cerrada sino multidisciplinar, que se encuentra todavía delimitando su objeto de estudio para dar respuesta a aquellas situaciones que, en la conjunción de los ámbitos hospitalario y educativo, la sociedad va demandando, haciéndose igualmente necesarios programas de atención al niño/a convaleciente, es decir, concibiendo la convalecencia en el domicilio como una prolongación del período de hospitalización.

La Pedagogía Hospitalaria se considera además como una ramificación de la Educación Especial, por cuanto se ocupa de forma específica de los niños y niñas con problemas de salud, al fin y al cabo de niños y niñas con necesidades educativas especiales. Sin embargo, no puede considerarse como tarea primordial y exclusiva de la Pedagogía Hospitalaria únicamente la atención del niño hospitalizado y su familia.

El propósito de la Pedagogía Hospitalaria va más allá, abarcando un panorama mucho más amplio dentro del cual la escolarización es un elemento más, junto a muchos otros, que forman parte de la evolución y perfeccionamiento global del ser humano.

Por tanto, la Pedagogía Hospitalaria está más allá de la medicina y más allá de las Ciencias de la Educación, allí donde la reclaman la dignidad y la solidaridad del niño/a enfermo-hospitalizado y de su contexto familiar, tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción y el adiestramiento: sin renunciar a los contenidos específicos de la educación, va más allá de ésta.

La finalidad de la pedagogía hospitalaria, coincidiendo con la finalidad de la educación, está en el desarrollo integral de la persona. Sin embargo, y ciñéndonos a la legislación vigente en esta materia, hay que afirmar que el objetivo principal de la pedagogía hospitalaria se centra actualmente en procurar que los niños/as no pierdan el ritmo escolar durante la situación de ingreso hospitalario. Esta finalidad no es algo cambiante, sino que la podemos entender como algo permanente de la pedagogía hospitalaria, que debe ir más allá del mero currículo escolar.

Encontramos la justificación de la Pedagogía Hospitalaria, en los efectos psicológicos, sociales y educativos de carácter negativo, que la hospitalización puede causar, tanto en el propio paciente como en su familia.

Es un hecho que la hospitalización puede suponer una experiencia estresante y asociarse con consecuencias psicológicas adversas tales como:

- Alteraciones comportamentales (tales como agresividad, conducta de oposición, falta de adhesión al tratamiento médico, trastornos de sueño, de apetito, respuestas de evitación, mutismo y dependencia afectiva).

- Alteraciones cognitivas (déficit de atención o dificultad para concentrarse).
- Alteraciones emocionales (ansiedad, miedos y temores; depresión, apatía o falta de interés por las cosas).

Además, estos problemas se agravan por las consecuencias de la propia enfermedad (fatiga, cansancio, dolores, malestar,...) y por las características y la organización de los centros hospitalarios (uniformidad, monotonía,...). En esta línea son cada vez más los hospitales que rompen con esta rigidez a base de cambios arquitectónicos y decorativos.

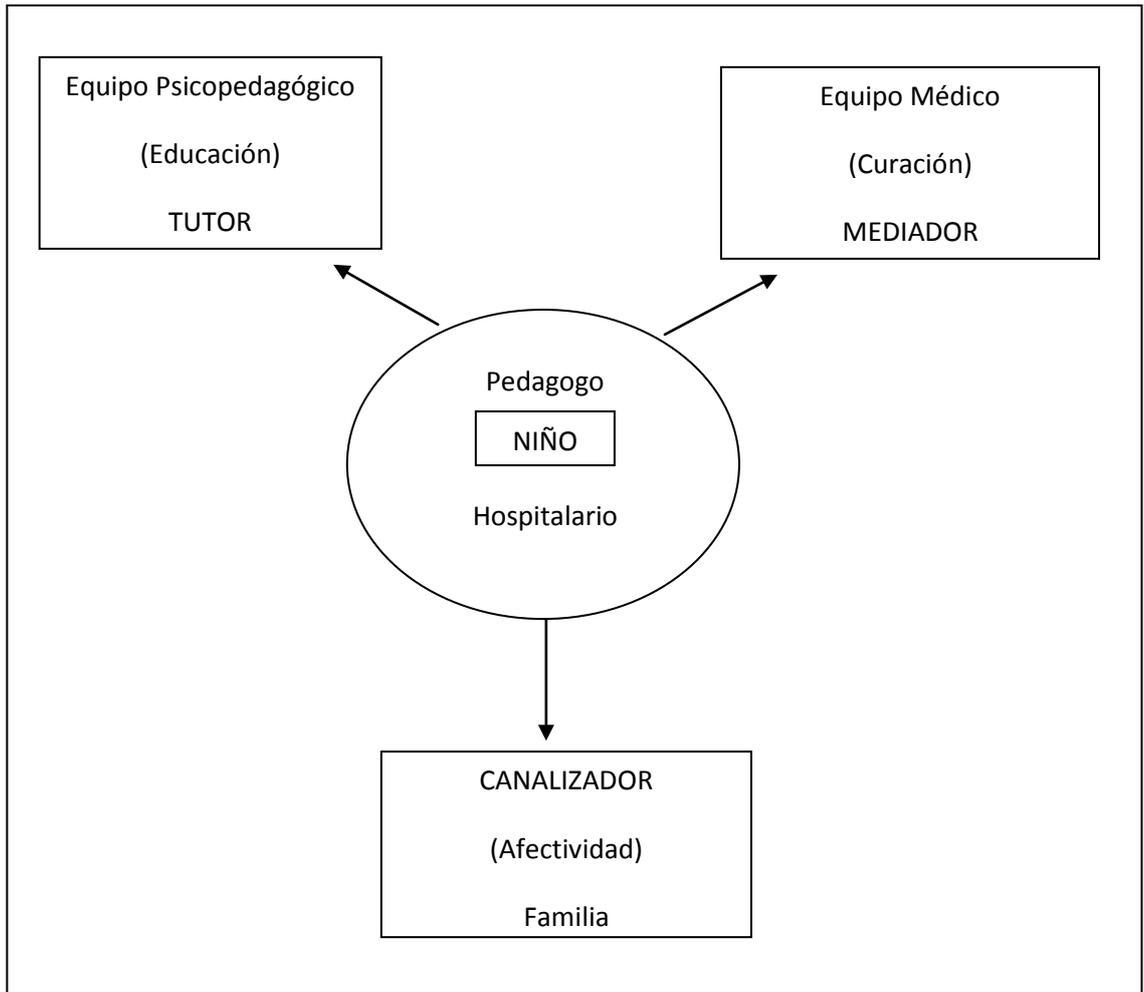
## **7. Labor docente**

La labor del Educador Hospitalario debería comenzar desde el mismo momento en que el niño/a ingresa en el hospital, independientemente de la enfermedad que padezca o de la duración de su estancia hospitalaria. Estas características habrá que tenerlas en cuenta, obviamente, para tomarlas como punto de partida y referencia para la elaboración de programas de intervención específicos para cada niño/a. Pero nunca serán factores excluyentes para dejar de atender pedagógicamente a un niño/a. El profesor que trabaja en este ámbito debe tener una fuerte sensibilidad y vocación. Debe trabajar con los niños al lado, detectar sus distintos estados de ánimos así como tener en cuenta el tipo de tratamiento que recibe en cada momento. Y ni hablar de su aplicación, necesariamente adaptada a sus necesidades.

El profesor debería disponer siempre de una ‘maleta de recursos’, es decir, dinámicas alternativas que puedan ser utilizadas cuando, por algún motivo, no pueda seguirse la programación establecida. Esa maleta también debería ser personalizada. Tener en cuenta cuáles son las preferencias o habilidades del niño/a, puede ayudar a la hora de

motivarle en momentos delicados: siempre será algo más sencillo captar su atención. Se podrá lograr dos objetivos: el primero, cubrir alguna parte de las materias que se debe trabajar; y el segundo, que el estudio sea algo que dote de normalidad la situación que está viviendo el niño.

Finalmente el profesor debe establecer un sistema de relaciones con los diferentes sectores que forman parte del medio que rodea al escolar enfermo: con los padres o familiares, debe mantener un contacto directo con el fin de obtener información del alumno, de su entorno escolar y familiar en el que se ha desarrollado y de solicitar su colaboración en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje, con el personal médico y de salud, debe obtener información respecto al tiempo de hospitalización, la disponibilidad y movilidad del escolar, con el fin de incluirlo en el grupo más adecuado y con el profesor/a del establecimiento de procedencia del escolar, con el objeto de establecer una comunicación que facilite el aprendizaje del alumno, ya sea en el aula hospitalaria o cuando se reincorpore a su escuela. De esta forma el niño sigue en un ámbito educativo.



## 8. Retos de la Pedagogía hospitalaria

El ámbito de actuación propio de la Pedagogía Hospitalaria está claro que es el contexto hospitalario. Dentro de él realizaremos la labor pedagógica fundamentalmente en el aula hospitalaria y en las habitaciones de los niños/as, en aquellos casos en que éstos no puedan acudir al aula. Sin olvidar extender esta actuación a las consultas ambulatorias y hospitales de día.

También podemos trasladar la Pedagogía Hospitalaria a los colegios, formando e informando a los niños/as acerca de lo que es un hospital, incluso de las distintas enfermedades más frecuentes, enlazando con el tema de educación para la salud, tan de moda en la actualidad. La mayoría de los niños que ingresan en un hospital lo

hacen por urgencias. Si en el colegio se les explica lo que se pueden encontrar al llegar a un hospital, la ansiedad-estado propia del ingreso desaparecería en gran medida y, con ello, el ajuste y la adaptación a la hospitalización serían mayores.

Un dato a tener en cuenta es que, en la actualidad, se está reduciendo considerablemente la duración media de la hospitalización. Esto conlleva un cambio en los modos de intervención de la Pedagogía Hospitalaria a través, por ejemplo, de programas específicos de intervención. Este hecho apunta también hacia la necesidad de establecer una enseñanza a domicilio para los niños que deban permanecer convalecientes en sus casas.

Para tratar adecuadamente los problemas psicosociales, educativos y conductuales, derivados de un ingreso hospitalario, se precisa la colaboración de todos los profesionales involucrados, cada uno de ellos desde el papel que les corresponda. La falta de colaboración y comunicación, entre los profesionales de las distintas disciplinas dedicadas a la atención y cuidado del enfermo pediátrico, se establecen como aspectos culpables de la fragmentación existente en la atención psicopedagógica que el sistema actual ofrece a estos niños y a sus familias. Aunque son grandes los progresos conseguidos, la falta de interdisciplinariedad es todavía patente.

Son muchos los profesionales involucrados en las actividades de Pedagogía Hospitalaria, fundamentalmente Maestro y Pedagogos. En primer lugar, debe haber una colaboración interdisciplinar entre todos ellos, extensible a los Médico y enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, animadores socioculturales y demás profesionales en contacto con el niño enfermo y hospitalizado, sin olvidar la labor del voluntariado.

Otra característica más de la sociedad actual es el aumento de la conciencia social, que está llevando a una gran proliferación de organizaciones no gubernamentales.

Este movimiento de solidaridad y de ayuda social ha llegado también al ámbito de la Pedagogía Hospitalaria. Así, cada vez son más los grupos de voluntarios que trabajan en los hospitales atendiendo y acompañando a las personas ingresadas en ellos. Del mismo modo, y como ya ha quedado reflejado, la atención a domicilio se está articulando en torno a estas asociaciones sin ánimo de lucro. Acerca de este punto, es preciso resaltar el valor, e incluso la necesidad, de esas ayudas. No obstante, será necesaria una reglamentación sobre la actuación del voluntariado en este ámbito con el objeto de evitar interferencias, solapamientos y posteriores conflictos con la labor de los profesionales de la educación. Los profesionales involucrados en la atención educativa al niño enfermo demandan constantemente cursos de formación continua, así como una formación específica inicial, prácticamente inexistente en la actualidad. Otro de los grandes retos de la acción educativa con alumnos hospitalizados está en atender, y abrir más el campo de acción, a niños y jóvenes con trastornos psiquiátricos.

Del mismo modo, es imprescindible abrir nuevos ámbitos de actuación y formación en un tema, también presente, como es el del afrontamiento de la muerte.

## **CAPÍTULO III**

### **CONSECUENCIAS DEL CÁNCER EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS.**

Las necesidades educativas derivadas de las enfermedades crónicas y de larga duración son fundamentalmente de tres tipos:

- a) Las relaciones con la asistencia hospitalaria, a fin de favorecer el autocontrol del niño sobre la enfermedad e informar a los padres de los cuidados que precisa;
- b) Las relaciones con la adaptación emocional del niño y la familia a la enfermedad, y ;
- c) Las metodologías utilizadas para evitar el retraso o fracaso escolar, así como las significativas para niños con secuelas permanentes derivadas de su enfermedad.

Para satisfacer estas necesidades se necesita la colaboración de equipos multidisciplinares que, coordinadamente, las atiendan en el hospital, en el hogar y en el centro educativo, con el objeto de conseguir: la plena adaptación del niño y la familia a las exigencias de la enfermedad, un desarrollo social, académico y emocional lo más normalizado posible, y la integración en la escuela.

#### **1. Descripción de la enfermedad.**

Las enfermedades crónicas están presentes durante largos periodos de tiempo y tienden a no mejorar ni a desaparecer. Los niños afectados no suelen hallarse confinados en la cama o en los hospitales, excepto en los periodos de crisis, cuya

amenaza está siempre presente, incluso con un buen control y con años de remisión. Los tratamientos médicos continuos y la enfermedad pueden afectar al rendimiento escolar y a su integración escolar.

## **Cáncer**

El cáncer no es una enfermedad única. Bajo esta denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos médicos, con un comportamiento absolutamente diferente, y que tienen por característica común el que son procesos debidos a un crecimiento incontrolado de los tejidos y órganos en los que se originan. Las células cancerosas poseen la propiedad de invadir, destruir y reemplazar progresivamente los órganos y tejidos vecinos, así como de esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y anidar en lugares lejanos al foco de origen. Este proceso es el que se conoce con el nombre de metástasis. El cáncer es, pues, un grupo de enfermedades con diferente pronóstico y tratamiento.

Gracias a los avances de la medicina ha pasado de ser una enfermedad terminal (años 70) a una enfermedad crónica potencialmente curable. En cánceres pediátricos, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico se sitúa cerca del 70%.<sup>9</sup>

Los tipos más frecuentes son:

- a. Leucemias.-** Es un cáncer de los glóbulos blancos (leucocitos) de la sangre, que se encuentra en la médula ósea. Las células en la leucemia, no funcionan normalmente, por lo tanto, no pueden realizar las funciones que las células sanguíneas normales llevan a cabo como las infecciones. Además este es la forma de cáncer más frecuente de los niños: uno de cada tres niños con cáncer tiene leucemia.

---

<sup>9</sup> GRAU, Claudia; ORTIZ, Carmen. La Pedagogía Hospitalaria en el Marco de una Educación Inclusiva. Ediciones ALJIBE, Málaga – España, 2001, pág. 58-62.

El exceso de blastos en la médula ósea desplaza a otras células que normalmente se producen en este lugar, como son los glóbulos rojos. Al disminuir el número de plaquetas (células encargadas de la coagulación de la sangre) el enfermo tendrá sangrías en diversas partes del cuerpo.

Los tipos más frecuentes son la leucemia linfoblástica aguda, se llama así porque se producen demasiados linfoblastos que es un tipo de glóbulos blancos, que afecta en un porcentaje importante a niños en edades comprendidas entre 2 y 8 años, la leucemia mieloide aguda, se la conoce así porque la médula ósea produce una gran cantidad de células anormales, usualmente aparece en edad superior a 25 años, aunque también se manifiesta en la infancia y adolescencia, y la mieloide crónica (muy poco frecuente en pediatría).

El diagnóstico de la leucemia requiere análisis de sangre y examen de las células de la médula ósea. El tratamiento primario consiste en la combinación de diversos agentes quimioterápicos; en algunas complicaciones inusuales, las radiaciones, transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos, y ocasionalmente cirugía figuran en el programa terapéutico o llamado también protocolo. En algunas formas de leucemia es necesario el trasplante de médula.

**Problemas de aprendizaje:** En los casos en los que se aplica radioterapia al sistema nervioso, los niños pueden presentar falta de atención, y problemas perceptivos motores, es decir problemas en la marcha, problemas en su motricidad fina y gruesa, esto se da principalmente por las vías que están conectadas en sus manos o brazos.

- b. Linfomas.-** Son cánceres de los ganglios linfáticos que pueden afectar a todo el sistema linfático del organismo: ganglios linfáticos periféricos, es decir los ganglios de la axila, cuello e ingle, y órganos linfoides como el bazo, timo, y ciertas partes de otros órganos, como las amígdalas.

Los linfomas pueden ser divididos en linfomas Hodgkin y no Hodgkin. La enfermedad de Hodgkin afecta a los ganglios linfáticos periféricos y el primer signo de alarma es una adenopatía (aumento del tamaño y de la consistencia del ganglio). Esta enfermedad es rara por debajo de los 10 años, y es más frecuente en la segunda o tercera década de la vida. Por el contrario, los linfomas no Hodgkin sí que son frecuentes en los niños, siendo la causa de tumor abdominal más frecuente.

En el caso de enfermedad Hodgkin la radiación es muy efectiva en la enfermedad localizada. Por el contrario, en el linfoma no Hodgkin es necesaria la utilización de quimioterapia exclusivamente porque las posibilidades que tienen las células cancerosas de estar diseminadas o dispersas es muy alta.

Los linfomas son diagnosticados por biopsia, siendo necesario obtener una pieza de tejido tumoral mediante cirugía. Para conocer la extensión de la enfermedad se utilizan las radiografías especiales, tomografía axial computarizada (TAC), estudios isotópicos y ultrasonidos. Los exámenes sanguíneos son siempre necesarios.

**Problemas de aprendizaje:** Al igual que en la leucemia este tipo de cáncer afecta a la motricidad gruesa y fina, a causa de las vías además el niño/a no podrá realizar ciertos movimientos con su cuerpo dependiendo del lugar en donde se encuentra el tumor.

- c. **Tumores cerebrales.-** Los tumores cerebrales representan el segundo tipo de tumor más frecuente en los niños. Pueden manifestarse a cualquier edad, en la infancia y adolescencia, pero generalmente son más frecuentes entre los 5 y 10 años de vida. Estos tumores son clasificados y nominados por el tipo de tejido en el cual se desarrollan (astrocitomas, ependiomas, meduloblastoma, tumor neuroectodérmico primito, etc.). Los síntomas más habituales son convulsiones,

cefaleas matutinas, vómitos, irritabilidad, cambios en los hábitos de comer o dormir y somnolencia.

El diagnóstico se realiza a través de radiografías del cráneo, TAZ, y resonancia nuclear magnética (RNM). El tratamiento depende del tipo de tumor y normalmente incluye cirugía, radioterapia, localizada o en todo el eje del sistema nervioso, y quimioterapia.

Los niños con tumores cerebrales presentan secuelas neurológicas que dependen de la localización y tipo de tumor, de la radioterapia y de la edad.

Las secuelas pueden ser:

#### **Motrices:**

- **Ataxia.-** Proviene del griego *a* que significa "negativo" o "sin" y *taxia* que significa "orden" es un síntoma o enfermedad que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo de cualquier animal, incluido el cuerpo humano.<sup>10</sup>

Esta descoordinación puede afectar a los dedos y manos, a los brazos y piernas, al cuerpo, al habla, a los movimientos oculares, al mecanismo de deglución, etc.

---

<sup>10</sup> WIKIPEDIA, La enciclopedia libre. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Ataxia>

- **Espasticidad.-** Es una alteración caracterizada por una pérdida del balance entre la contracción y relajación de los músculos que lleva a un estado rigidez y espasmos musculares involuntarios resultantes de mínimos estímulos internos o externos. <sup>11</sup>

### **Cognitivas:**

- **Trastornos de la memoria**

A la memoria se le asignan tres fases por las que pasan los estímulos para memorizar:

**1. Fijación.-** Cuando falta la fijación no se podrá memorizar, así la persona repite cosas constantemente porque no los ha fijado, no sabe que las ha dicho. Si se le dice una cosa y se le manda repetir no podrá, porque no lo ha fijado. También puede ser porque se fije pero después se olvida, por tanto, en un primer momento lo ha fijado pero después se le ha olvidado. Si no se fijan las cosas no se pueden recordar.

**2. Conservación.-** Tiempo de duración de lo que se fija.

**3. Evocación.-** Capacidad de expresar lo fijado y conservado, capacidad de recordarlo, o el poder utilizar el caudal almacenado.

### **Lenguaje:**

- **Afasia.-** Es la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas. El término afasia, que fue creado en 1864 por el médico francés Armand

---

<sup>11</sup> TERAPIA-OCUPACIONAL.COM. El portal en español de terapia ocupacional. Fecha: 10 de octubre del 2010. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Espasticidad.html>

Trousseau (1801 - 1867), procede del vocablo griego ἀφασία: “*sin palabra*”<sup>12</sup>

- **Disartria.-** Etimológicamente el término disartria se deriva del griego *dys* que significa “defecto” y *arthon* que significa “articulación”. Así pues definimos disartria como una alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema Nervioso Central (SNC), así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla. Por tanto, la disartria es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundaria a lesiones del SNC.<sup>13</sup>

#### **Sensoriales:**

- **Visuales.-** Ceguera leve o permanente, perdida de su ojo, depende de la posición del tumor.
- **Auditivas.-** Sordera de igual manera leve o permanente, depende de la posición del tumor.

Estos niños precisarán programas de rehabilitación física, neurocognitiva, del lenguaje, sensoriales, etc.

**d. Neuroblastoma.-** Es el tumor sólido más frecuente en los niños después de los del sistema nervioso central. Es el cáncer más frecuente en los niños menores de un año.

La localización más frecuente es la abdominal (82%) y, dentro de ella, en la glándula suprarrenal. La sintomatología incluye la existencia de un tumor,

---

<sup>12</sup> WIKIPEDIA, La enciclopedia libre. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Afasia>

<sup>13</sup> LOGOPEDIA. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/habla/disartria.htm>

diarrea persistente en algunos casos y dolor abdominal. Los test diagnósticos incluyen análisis sanguíneos, ecografía, TAC, y otros procedimientos dependiendo de la localización del tumor. La cirugía es importante para intentar reducir al máximo el volumen del tumor. En algunas situaciones, después de la cirugía, puede ser utilizada la radiación. La quimioterapia, sola o combinada con radioterapia, puede ser aplicada para el tratamiento y prevención de la metástasis.

- e. **Tumor de Wilms.-** Es un tipo de cáncer pediátrico que se origina en los riñones, siendo muy infrecuente en las edades superiores a los 15 años. Los síntomas son masa abdominal, fiebre, pérdida de apetito y dolor abdominal. El diagnóstico incluye examen físico exhaustivo, ecografía, y TAC. El tratamiento consiste en cirugía más quimioterapia, siendo, en algunos casos, necesario añadir radioterapia. Se extirpa el riñón y los tejidos adyacentes, así como los ganglios que pudieran estar afectados. La radiación sólo se utiliza en pacientes con pronóstico más desfavorable y la quimioterapia se administra a todos los pacientes; el porcentaje de supervivencia de estos niños es muy elevado.
  
- f. **Rabdomiosarcoma.-** Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células musculares. Su localización más frecuente es cabeza, cuello, pelvis y extremidades y se manifiesta en edades comprendidas entre los 2 y 6 años. La sintomatología depende de la localización del tumor. El diagnóstico se realiza por biopsia y la diseminación del tumor por radiografías, pruebas isotópicas, TAC hueso, de hígado y examen de médula ósea. La cirugía y la quimioterapia son el tratamiento más adecuado, aunque en algunos casos complementa con la radioterapia.
  
- g. **Sarcoma osteogénico.-** También denominado osteosarcoma, es una forma de cáncer de huesos más frecuente en los niños. Los huesos más afectados son los largos de la extremidad superior (húmero) y de la extremidad inferior (fémur y tibia). Se manifiesta en edades comprendidas entre los 10 y los 25 años. Los síntomas son la aparición de un tumor doloroso y de consistencia dura. El

diagnóstico se hace mediante radiología y se confirma mediante una biopsia del hueso. La enfermedad del hueso puede ser diseminada o dispersada, por lo que es necesario realizar una investigación de las posibles metástasis, preferentemente en pulmón y esqueleto. La cirugía, amputación y procedimientos, antes y después de la cirugía, ha contribuido a que muchos niños puedan sobrevivir.

**h. Sarcoma de Ewing.-** Es una forma de cáncer de huesos, en la cual, además de los huesos largos, también se afectan los huesos planos. Se manifiesta en edades más habituales de diseminación. Esta forma de cáncer en niños pequeños puede producir **sintomatología general, como fiebre, escalofríos y sudoración. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de la biopsia obtenida por cirugía. El TAC** de hueso, pulmón, hígado y cerebro es necesario para descartar la presencia de metástasis. El tratamiento incluye una combinación intensiva de radioterapia y quimioterapia.

**i. Anemia Aplástica.-** La anemia aplástica es un desorden hematológico que se caracteriza por una disminución de los elementos celulares de la sangre periférica, es decir de la que recorre todo el cuerpo.

Se debe a que la médula ósea no puede elaborar suficientes glóbulos blancos, rojos o plaquetas, problema conocido como pancitopenia, aunque los que produzca sean por lo general normales. La anemia aplástica puede ser leve o severa y su origen es congénito, hereditario o adquirido.

La anemia aplástica congénita se origina por una anomalía cromosómica como la anemia de Fanconi o la enfermedad del Dyskeratosis.

La anemia aplástica adquirida puede ocasionarse por el constante contacto con productos químicos tóxicos como el arsénico, el benceno o determinados pesticidas, por radiaciones emitidas en procesos de radioterapia o por reacciones a ciertos medicamentos contra el cáncer o quimioterapia, por el uso o consumo

de drogas, a algunos antibióticos o a la presencia frecuente de enfermedades infecciosas o por padecer lupus erimatoso.

Sin embargo, casi la mitad de los casos reportados, no tienen una causa u origen identificado y es una enfermedad aguda o crónica, generalmente progresiva.

- j. Púrpura Trombocitopénica Idiopática.-** PTI es la abreviación de púrpura Trombocitopénica idiopática, o ITP en inglés. "Idiopática" significa que la causa de esta condición es desconocida. "Trombocitopénica" significa que la sangre no tiene suficientes plaquetas, también conocidas como trombocitos. "Púrpura" significa que una persona tiene moretones en exceso. La PTI también se conoce como púrpura Trombocitopénica inmunitaria.

En las personas que tienen PTI todas las células de la sangre son normales excepto las plaquetas. Las plaquetas son las células minúsculas que sellan las cortadas menores y las heridas y forman coágulos de sangre. Una persona con muy pocas plaquetas forma moretones con facilidad y sangra durante un largo tiempo después de haberse lesionado. Cuando el recuento de plaquetas es muy bajo, una persona con PTI puede tener sangrado de nariz que es difícil de parar, sangrado en los intestinos o incluso sangrado en el cerebro por causa de un trauma menor.

La causa de la PTI se desconoce. Las personas que tienen PTI forman anticuerpos que destruyen sus plaquetas en la sangre. Normalmente, los anticuerpos son una respuesta saludable contra las bacterias o virus. Sin embargo, en las personas que tienen PTI, los anticuerpos atacan las plaquetas del propio cuerpo.

## 2. Secuelas de los tratamientos.

Los tratamientos anticancerosos son largos, agresivos, costosos, desfigurativos, e implican la acción coordinada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Sus objetivos son: extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de las células cancerígenas (quimioterapia), reducir el tamaño del tumor antes de su extirpación (radioterapia) y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia).

La cirugía puede ser mutilante, al ocasionar amputaciones de órganos y miembros. La radioterapia puede producir problemas en la piel, estomatitis, alopecia, náuseas, vómitos, anorexia, cefalea, diarrea, somnolencia y fiebre; y la quimioterapia, anemia, leucopenia, trombopenia, estomatitis, anorexia, vómitos, náuseas, y caída del cabello. Las secuelas producidas por la enfermedad y los tratamientos pueden ser a corto o largo plazo; asimismo, las necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad cancerosa pueden ser permanentes o transitorias. Las secuelas son el precio, que muchos de estos niños tienen que pagar por vivir, y el objetivo, tanto de la intervención médica como psicoeducativa, es intentar evitarlas, prevenirlas y tratarlas.

Entre las secuelas, en general, producidas por el tratamiento podemos destacar:

- a. Desfiguraciones físicas (obesidad, caída del cabello, etc.).** Estas desfiguraciones pueden producir problemas de autoestima. Es importante desarrollar un programa en el que el niño mantenga un buen autoconcepto de sí mismo, a pesar de los cambios producidos en su aspecto.
  
- b. Aislamiento social.** El niño, durante los periodos de hospitalización en unidades de aislamiento, permanecerá separado de sus familiares, hermanos y compañeros, lo que va a entorpecer posteriormente su integración social, Hay que procurar que no pierda el contacto con su entorno social, utilizando las posibilidades que

ofrecen las nuevas tecnologías, así como el mantenimiento de la comunicación con compañeros y hermanos.

- c. Ansiedad y depresión.** Es importante establecer un programa psicológico de ayuda para disminuir en la medida de lo posible estos síntomas. El niño/a cuando tiene un osteosarcoma en una de sus extremidades, y este tiene q ser amputado, sufre una depresión muy grande, y a causa de esta no va querer asistir a su institución educativa, solo querrá estar solo y nada más.
  
- d. Secuelas neurológicas.** Los tratamientos profilácticos del sistema nervioso (radioterapia del sistema nervioso combinados con quimioterapia) aplicados a los niños con leucemia y tumores cerebrales suelen producir secuelas neurológicas. Es importante determinar el tipo de secuelas y elaborar programas educativos que reduzcan dichos efectos.
  
- e.** Disfunciones de los órganos endocrino, hepático, pulmonar, cardíaco y genitourinario, y posibilidad de desarrollo de nuevos tumores.

### **3. Impacto psicológico en el niño y familia.**

El niño al que se le diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a varias emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Suelen preguntarse si van a morir y, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y sus miedos.

El niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc., síntomas que pueden

constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal hospitalario a detectar en el niño un estado depresivo.

Los padres pueden experimentar rabia, dolor o negación; posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación del cáncer. Todas ellas son emociones normales, pero si son muy intensas pueden afectar a la comprensión de la enfermedad. Los padres pueden sentirse culpables e impotentes por no poder proteger a su hijo del cáncer. Asimismo, suelen experimentar inseguridad en un primer momento por si no son capaces de proporcionarle los cuidados que requiere y porque desconocen si el tratamiento será exitoso y si el niño se curará.

La hospitalización puede tener también un impacto significativo sobre el resto de los hermanos. El niño enfermo llega fácilmente a convertirse en el centro de la familia y de esta forma los hermanos suelen sentirse a menudo rechazados o sobrecargados de responsabilidades. Algunos llegan, incluso, a sentirse culpables y con cierta responsabilidad sobre la condición en la que se encuentra su hermano o hermana.

Uno de los cambios que plantea la sociedad actual es el mayor protagonismo que van adquiriendo los abuelos en el cuidado y atención de los nietos. La progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, junto con la reducción de la edad de jubilación y el aumento de la esperanza de vida en la población, son factores que potencian este hecho. Así, los abuelos se van convirtiendo también en agentes activos a la hora de atender a sus nietos durante el periodo de enfermedad y hospitalización.

Todo lo dicho hasta aquí conduce a la necesidad de diseñar y aplicar programas de intervención psicoeducativa en el ámbito de la hospitalización infantil, que incidan de manera especial sobre la familia.

- **Intervención Psicológica en el Cáncer Infantil**

Los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan las siguientes necesidades:

- Necesidades emocionales que son comunes a todos los niños, aunque no estén enfermos. Incluye la necesidad de sentirse queridos, de desarrollar un sentimiento de pertenencia, de sentir auto-respeto, de obtener una sensación de logro, de seguridad y de auto-conocimiento, y de sentirse libres de sentimientos de culpabilidad.
- Necesidades que surgen de la reacción del niño ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos. Los temores y sentimientos de culpa e inutilidad requieren de: apoyo, cariño, empatía, comprensión, aprobación, amistad, seguridad, compasión y disciplina.
- Necesidades que surgen de la concepción que el niño/a tiene de la muerte, las cuales generan reacciones de temor, ansiedad soledad, tristeza, etc.

#### **4. Impacto fisiológico en el niño/a.**

A lo largo del tratamiento, el niño con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad.

Por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal hospitalario lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

Los trastornos del sueño y/o la fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro. La fatiga puede deberse a problemas de anemia o desnutrición.

Los cambios físicos que el niño con cáncer experimenta durante su enfermedad y su tratamiento, por ejemplo la pérdida del cabello o la variación de peso, pueden amenazar su autoestima y contribuir a la aparición de problemas en sus relaciones sociales.

## **5. La educación y el cáncer.**

El tratamiento desde lo pedagógico, quiere decir, que se lleva el aula de clases al hospital o a la sala de quimioterapia con el objetivo de que los menores no interrumpan su proceso de aprendizaje, a pesar de las condiciones tan difíciles por las que atraviesan.

Generalmente, cuando un niño comienza a sufrir los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer y a comprender lo que está sucediendo con su organismo, pierde las ganas de estudiar, de ver a sus compañeros, de exponerse a que lo señalen por no tener cabello o estar demasiado pálido, delgado y ojeroso.

Sus padres en medio del dolor y la impotencia solamente quieren darle gusto en todo, cumplir hasta su último anhelo, así que la escuela pierde su importancia en la vida del menor y de su familia. Sin embargo, que el poder seguir aprendiendo es un estímulo cuando se siente la muerte tan cerca, una especie de escudo protector contra lo que está sucediendo y de motor para no desfallecer.

Para muchos niños, la escuela representa un lugar seguro que está lejos del mundo del cáncer y los tratamientos, un lugar de aprendizaje, diversión y amistad. La

escuela es la parte principal en la vida casi diaria del niño, y regresar a la escuela es una señal de normalidad. Poder ir a la escuela y aprender no es sólo una señal de que las cosas están volviendo a ser como antes, sino que también envía un claro mensaje de que si hay un futuro.

Ante esta situación los maestros deben reacomodarse y emprender el proceso de recuperación y de ayuda al niño con cáncer. Un educador informado acerca de la enfermedad y del tratamiento pierde los miedos y puede contribuir al bienestar de su alumno implementando actividades que beneficien el aprendizaje. En este proceso, los educadores cumplen una tarea muy importante, serán agentes informativos y multiplicadores y podrán hacer un gran aporte para mitigar los efectos de la enfermedad de su alumno y del tratamiento.

El centro educativo es una parte importante en el mundo del niño, es el camino de las amistades, del aprendizaje y de su futuro. Volver al colegio le permite al niño mantenerse conectado con una vida normal y le refuerza la esperanza de curarse.

La reincorporación a la escuela es posible si existe un apoyo positivo de estimulación y contención tanto familiar como escolar. Los niños con cáncer deben enfrentar desafíos emocionales. La energía emocional depositada antes al servicio del aprendizaje, es ahora utilizada para enfrentar la enfermedad.

Los recreos, el tiempo libre, las actividades con el grupo de pares, las actividades extra-programáticas tienen, para la integración, tanta importancia como los contenidos pedagógicos.

El docente es un referente, un mediador, es quién podrá contribuir a prevenir ciertas dificultades en el aprendizaje escolar, ayudando al niño a desarrollar su creatividad. Es importante transmitir al resto de la clase que esta no es una enfermedad contagiosa y que no se conoce la causa. Los compañeros seguramente tendrán preguntas y estarán preocupados por su amigo.

Los maestros deben tener expectativas académicas razonables para el niño afectado de cáncer, tendrá que hacer algunas concesiones pero lo importante es lograr un equilibrio entre lo que el niño puede razonablemente hacer y lo que debe hacer para mantener su propia imagen. Hacer menos le quitará interés en el aprendizaje y en el logro de objetivos y obstaculizará la relación con sus pares.

Es necesario un mayor acercamiento del maestro al niño, éste necesita básicamente amor, apoyo y comprensión. Los maestros también deben estar alertas a cualquier problema de aprendizaje o de conducta, a fin de informar a los padres e implementar tareas de interacción social. Debe siempre utilizar las fuerzas del niño para compensar la debilidad, potenciando así los recursos existentes.

Es importante construir entre el cuerpo docente, una red que sirva de contención y orientación al que circunstancialmente tenga el alumno a su cargo. Trabajar en talleres, generando espacios de información y reflexión, a fin de escuchar opiniones, confrontar, dialogar, discutir, desplegar diferentes puntos de vista.

Los docentes trabajarán con sentido común y un abanico grande de posibilidades ante cada situación, intentarán ser creativos para que el niño se sienta útil y capaz de mostrar sus posibilidades a pesar de su enfermedad.

Un cambio de actitud social ante esta enfermedad facilitará la integración escolar del niño enfermo de cáncer. Los educadores que han trabajado con estos niños han encontrado que la experiencia es reconfortante y enriquecedora. A su vez los niños con cáncer tienen mucho que enseñar a quienes los rodean.

Acompañar el proceso de escolarización durante todo el tratamiento, orientando hacia una exitosa re inserción del niño al finalizarlo.

Un educador informado acerca de la enfermedad y del tratamiento, pierde los miedos y puede contribuir al bienestar del alumno implementando actividades que beneficien el aprendizaje.

Los docentes muestran una gran preocupación y sensibilidad hacia su alumno enfermo y son capaces de poner un granito de arena que colaborará en el restablecimiento emocional e intelectual de un niño enfermo de cáncer.

## CAPÍTULO IV

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO/A DE 4 A 6 AÑOS.

#### 1. Definición de niño/a.

El niño es un ser libre e independiente, psicoafectivo y biológico, con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo, que tiene una familia, una comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenece y que le pertenecen, de donde hereda factores sociales, culturales, económicos y políticos.<sup>14</sup>

Para su estudio se requiere partir de sus derechos y de un enfoque integral e interdisciplinario.

- **Ser libre e independiente.-** Con esto se quiere expresar la actividad propia de la dignidad humana de responder hasta donde le es permitido como ente de una sociedad, lo cual le facilita su pleno desarrollo en los diferentes campos y su bienestar físico o somático; por otra parte, resalta su individualidad personal que le faculta para decidir, actuar y reflexionar en relación con otros.
- **Ser psicoafectivo.-** Se considera el estado de salud relacionado con su comportamiento, especialmente dentro del núcleo social familiar por medio del afecto existente en cada miembro que lo conforma y entre sí, es decir, por la manifestación de amor que brota del padre y de la madre para con sus hijos y de

---

<sup>14</sup> CABALLERO, Castro Cipriano; La Niñez, La Familia y la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud, Programa AIEPI. Washington, D.C. 20037. 2004. Pág. 3-4.

todos entre sí, base fundamental de toda actividad humana que busca el bienestar para el niño y los suyos.

- **Ser biológico.-** Este período es de una importancia fundamental, por cuanto en muchos de los niños/as significa un principio de socialización a través de la escuela y el grupo de compañeros de juego, y suponer la configuración de una personalidad de acuerdo con el desarrollo madurativo y una influencia decisiva del entorno.
- **Con potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo.-** Con estos términos se recalca la importancia del factor genético en el proceso de crecimiento y desarrollo y su relación con otros factores, como el medio ambiente, que facilitan la manifestación de dicho potencial.
- **Tiene una familia, una comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenece y que le pertenecen.-** Cabe resaltar aquí el sentido de pertenencia y responsabilidad que induce a la seguridad como estímulo en el proceso de crecimiento y desarrollo, es decir, el niño se apoya en los suyos y se identifica con ellos como modelo a lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo. Además, de ahí hereda el niño factores políticos y se desprende una serie de programas apoyados en las necesidades no solo biológicas, sino culturales y económicas que influirán en su crecimiento y desarrollo.

## **2. Definición de desarrollo.**

Se entiende por desarrollo del niño/a la parte de cambios en el ser humano que van desde la concepción hasta la edad adulta. Su estudio comprende la naturaleza y el proceso de los cambios de estructura, función y conducta que se producen a medida

que los niños/as avanzan hacia la madurez, <sup>15</sup> es decir, es un proceso por en el cual cada ser humano tiene que vivir para ir creando una madurez adecuada a su edad. Es una secuencia de cambios tanto del pensamiento como sentimientos y sobre todo el más notorio es el físico, dándose estos cambios se llega a una madurez tanto intelectual, social como muscular y de esta manera el individuo se va desarrollando en todas sus dimensiones.

### **3. Teoría de Piaget sobre el desarrollo.**

Piaget hizo sus primeras observaciones estudiando a sus tres hijos; no se preocupó, en esencia, por los efectos de la herencia ni del medio ambiente sobre el desarrollo ni por los efectos de la persona individual sobre el comportamiento; más bien, se interesó en la ontogenia (Formación y desarrollo del niño/a) y estructura de la inteligencia. Su preocupación especial con respecto al desarrollo fue la sucesión de etapas que preceden al pensamiento lógico adulto. Se concentró en el desarrollo del intelecto.

Para Piaget, la historia del desarrollo de un niño pequeño es un proceso a través de una serie de etapas, que empieza en el nacimiento con respuestas sensoriomotrices sencillas y congénitas y culmina en la adolescencia en una forma madura de funcionamiento en que la memoria de actividades previamente dominadas guía al adolescente a la consecución de sus metas y a la solución de problemas. De acuerdo con la teoría de Piaget, todas las etapas que preceden a la adquisición de procesos de pensamiento lógico son acercamientos inmaduros y desencaminados a la realidad.

A lo largo de su desarrollo, los niños/as deben aprender la forma en que su propia conducta y el comportamiento de otros niños/as modifican los conocimientos de lo

---

<sup>15</sup> CABALLERO, Castro Cipriano; La Niñez, La Familia y la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud, Programa AIEPI. Washington, D.C. 20037. 2004. Pág. 20.

que ocurre a su alrededor. También deben adquirir conocimientos acerca de los hechos naturales que suceden a su medio ambiente. Este proceso de adquisición de conocimientos sobre la regularidad o el acontecer de los hechos en el mundo de acuerdo con las leyes es el punto focal de la teoría de Piaget.

#### 4. Etapas del desarrollo según Piaget.

PERÍODO	EDAD	CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sensoriomotor</b></li> </ul>	Nacimiento a 1 ½ ó 2 años	La inteligencia del niño se despliega progresivamente en diversas acciones.  Este período precede al inicio del lenguaje simbólico.
<p style="text-align: center;"><b>Subetapas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio reflejo.</li> <li>• Reacciones circulares primarias.</li> <li>• Reacciones circulares secundarias.</li> <li>• Procedimientos conocidos en situaciones nuevas.</li> <li>• Experimentación activa.</li> <li>• Recombinaciones mentales</li> </ul>	<p>Nacimiento 2da semana de vida</p> <p>Cuarto mes</p> <p>Octavo mes</p> <p>Decimoprimeros meses</p> <p>Segundo año.</p>	El desarrollo de la permanencia del objeto es el logro principal.

<p><b>Preoperacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del pensamiento simbólico y preconceptual.</li> <li>• Pensamiento intuitivo con fluidez progresiva en el lenguaje.</li> </ul> <p><b>Operaciones concretas</b></p>	<p>1 ½ a 7 años</p> <p>1 ½ a 4</p> <p>4 a 7</p> <p>7 a 11</p>	<p>Por lo general, el pensamiento no está organizado en conceptos.</p> <p>El niño no puede reproducir series de acciones o hechos (no tiene representaciones mentales)</p> <p>El niño trata los objetos como símbolo de algo distinto de lo que son (tratan un pedazo de madera como si fuera un tren)</p> <p>.Se encuentran presentes operaciones de conservación. El niño adquiere nociones de probabilidad y regularidad (leyes). El niño puede :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razonar simultáneamente acerca de un todo y sus partes;</li> <li>• Formar series (disponer de acuerdo con la dimensión);</li> <li>• Reproducir una secuencia de acontecimientos (representación mental).</li> </ul>
<p><b>Operaciones formales</b></p>	<p>11 años a la edad adulta</p>	<p>Pueden considerarse muchas soluciones a un problema. El pensamiento es autoconsciente deductivo. Se emplean reglas abstractas para resolver diversas clases de problemas. Se domina el concepto de probabilidad.</p>

A continuación se detallara la etapa preoperacional que va desde los 2 hasta los 7 años de edad, la cual corresponde a esta investigación:

## **5. Etapa Preoperacional (2 a 7 años)**

Esta etapa es de una importancia fundamental, por cuanto en muchos de los niños/as significa un principio de socialización a través de la escuela y el grupo de compañeros de juego, y supone la configuración de una personalidad de acuerdo con el desarrollo madurativo y una influencia decisiva del entorno.

Los niños/as en esta etapa adquieren el lenguaje y aprenden que pueden manipular los símbolos que representan el ambiente. En esta etapa pueden maneja el mundo de manera simbólica, pero todavía no son capaces de realizar las operaciones mentales reversibles. Es por ello que Piaget (1967) denominó a este periodo la etapa preoperacional del pensamiento.

Piaget lo llamó así a la segunda etapa del pensamiento porque una operación mental requiere pensamiento lógico, y en esta etapa los niños aún no tienen la capacidad para pensar de manera lógica. En lugar de ello los niños desarrollan la capacidad para manejar el mundo de manera simbólica o por medio de representaciones. Es decir, desarrollan una capacidad para imaginar que hacen algo en lugar de hacerlo realmente. Por ejemplo, un niño en la etapa sensoriomotora del desarrollo aprende cómo jalar un juguete por el piso, un niño que ha alcanzado la etapa preoperacional desarrolla una representación mental del juguete y una imagen mental de cómo jalarlo. Si el niño puede usar palabras para describir la acción, la está cumpliendo mental y simbólicamente con el empleo de las palabras. Uno de los principales logros de este periodo es el desarrollo del lenguaje, la capacidad para pensar y comunicarse por medio de palabras que representan objetos y acontecimientos.

- **Juego Simbólico:**

Es uno de los medios que utiliza el niño o la niña para comprender el mundo que le rodea. Aunque aparece entre el primer y segundo año de vida, los fundamentos del juego simbólico se establecen en los primeros meses cuando los bebés empiezan a imitar lo que ven, explorar activamente su medio e interactúan con las personas más cercanas.

Cuando los niños y las niñas se involucran en el juego simbólico utilizan símbolos y con ellos reemplazan objetos, seres, acciones o eventos que ha experimentado. Esto se hace más frecuente cada año del periodo preoperacional. Un niño de 2 años puede utilizar un objeto (como osito de felpa) para simbolizar otro (como su mamá). A medida que los niños se hacen mayores, simulan una serie de hechos, como ir de compras, jugar a la casita, o jugarán al doctor y harán que mamá y papá vayan al hospital. Buena parte del juego simbólico de niños de 5 0 6 años requiere la participación de otros niños, por ejemplo, juegan a la tienda o a policías y ladrones.

- **Razonamiento Transductivo:**

Obtener piezas separadas de información y unirlos para formar una hipótesis o llegar a una conclusión.

Ejemplo: “como no he desayunado, no es por la mañana”. Esta manera de razonar le lleva a asociar acontecimientos que de manera habitual se dan juntos.

- **Sincretismo:**

Consiste en cometer errores de razonamiento al intentar vincular ideas que no están relacionadas. Mamá tuvo un bebé la última vez que fue al hospital, de modo que la próxima vez que vaya al hospital se esperará erróneamente que traiga a casa otro bebé.

- **Egocentrismo:**

Se trata de una etapa natural y propia del niño en sus primeros meses de vida, cuando pasa del mundo de las sensaciones puras en las cuales sólo existe para sí mismo y empieza a descubrir al "otro" en la figura de la madre, y de ahí a interesarse cada vez más por el mundo exterior. Pero estar en contacto con los otros y ser parte de la vida familiar y social, tiene un precio y es el descentrarse cada vez más de sí mismo, de lo que se desea para combinarlo con las expectativas de los otros.

- **Animismo:**

Consiste en atribuir a los objetos inanimados cualidades de los seres vivos. Los niños suelen hacerlo con objetos que representan figuras vivas, como animales disecados o muñecos de juguete.

- **Centración:**

Parte de la razón por la cual los niños en la etapa preoperacional no pueden pensar de manera lógica es que concentran la atención en un aspecto o detalle de la situación a

la vez y son incapaces de tomar en consideración otros detalles. Esta tendencia es conocida como centración.

El niño en esta etapa tiene dificultad para considerar dos dimensiones diferentes a la vez.

- **Conservación:**

La tendencia a practicar la centración se revela en las tareas de conservación. Por ejemplo, los niños pueden llegar a la conclusión de que hay más agua en un plato poco profundo que en un vaso porque el plato es más ancho, aunque hayan visto que el agua era vertida del vaso al plato.

- **Clasificación:**

Clasificar significa que es posible pensar en los objetos en términos de categorías o clases. Los niños en la etapa preoperacional muestran la capacidad limitada para clasificar los objetos en categorías.

- **Irreversibilidad:**

Una cognición es reversible si es capaz de proseguir un cierto camino en un sentido, y hacerlo luego en sentido inverso para conectarse nuevamente con el punto de partida. Las cogniciones pre – operatorias, al estar próximas a las acciones y a la realidad concreta y al ser una serie de experiencias sucesivas con dificultad de una organización de conjunto, no tienen la movilidad propia de los actos mentales reversibles.

Los niños de la etapa preoperacional también cometen errores de pensamiento por causa de la irreversibilidad, es decir, su incapacidad para reconocer que una operación puede realizarse en ambos sentidos. Por ejemplo, no entienden que si se vierte agua de un recipiente alto a uno extendido, puede vaciarse otra vez al primer recipiente, manteniendo la misma cantidad de agua. Los niños de la etapa preoperacional no pueden aceptar mentalmente que sea posible recuperar el estado original.

## **6. Características generales del desarrollo del niño/a de 4 a 6 años.**

En este periodo es de una importancia fundamental, por cuanto en muchos de los niños/as significa un principio de socialización a través de la escuela y el grupo de compañeros de juego, y supone la configuración de una personalidad de acuerdo con el desarrollo madurativo y una influencia decisiva del entorno.

### **Aspectos importantes:**

**1.- Desarrollo físico:** aumenta su talla unos 6 - 8 cm por año y en peso unos 2 Kg. La cabeza crece a un ritmo más lento que el tronco y las extremidades.

**2.- Cerebro:** continúa el proceso de mielinización (recubrimiento de las conexiones entre las neuronas con una membrana especializada que permite una adecuada transmisión de los impulsos nerviosos) y se completa la dentición.

**3.- Lateralidad:** el cuerpo es funcionalmente asimétrico con un lado dominante. La preferencia lateral se asienta a los 6 - 7 años reconociendo la derecha y la izquierda desde los 4 años.

**4.- Desarrollo motor:** la locomoción gana en finura y precisión (corre, salta) así como la motricidad fina. Están más coordinados y ágiles.

**5.- Esquema corporal:** lo va a ir adquiriendo poco a poco.

- **Características generales:**

Es en este momento cuando el niño comienza a poner los cimientos de su personalidad futura. Va adquiriendo progresivamente un mayor dominio de su cuerpo, primero de la motricidad gruesa y luego de la fina.

**- Desarrollo psicomotor.**

Supone un incremento rápido en estos años que se corresponden con el 2º ciclo de la Educación Infantil. Características generales son la maduración del sistema muscular y nervioso y la estructura ósea, habiendo aparecido ya la primera dentición.

Algunos factores, como la desnutrición o la privación de afectos, tienen una incidencia significativa en el proceso de crecimiento, mostrando los niños/as desnutridos retrasos en el desarrollo óseo, y circunferencias craneales más pequeñas que aquellos otros bien alimentados.

Resulta una etapa en que tiene gran importancia las destrezas motoras y hay un evidente avance en la coordinación de los músculos mayores y menores y en la coordinación óculo-manual. De aquí la importancia que dentro del currículo se otorga al contacto del niño/a con materiales de naturaleza diferente y experiencias diversas que posibiliten ejercitar las habilidades motora y manipulativas esenciales para el posterior desarrollo de aprendizajes instrumentales escolares.

**Niños/as con cáncer:** Su desarrollo es normal, hasta que inicia su tratamiento, ya que al recibir quimioterapia, radioterapia y demás tratamientos, su motricidad fina y gruesa se afectan de gran manera por las vías (suero), por estar recostados (hospitalizados) mucho tiempo, en el peor de los casos un niño/a puede estar interno 3 meses. Además como consecuencia del tratamiento aparece un temblor en la mano, falta de fuerza para coger o realizar cualquier actividad.

Para evitar que al niño/a se le atrofie los músculos, se deben realizar actividades lúdicas, grafoplásticas, ya que esto ayudará a tener una buena motricidad.

### **- Desarrollo mental, cognitivo y del lenguaje.**

Durante este periodo cronológico el niño y la niña representan un pensamiento más flexible, pero sin tener aún la madurez que un adulto, no posee todavía pensamiento abstracto. En esta etapa preoperacional de desarrollo cognitivo Piaget se desarrolla la función simbólica que permite representar al niño/a lugares y eventos de su mundo interior, de su propio mundo. Esta función simbólica se manifiesta en el lenguaje, la imitación diferida y el juego simbólico, todavía el niño/a se encuentra con limitaciones impuestas por el egocentrismo y la irreversibilidad. Estamos en un periodo muy importante para estimular y desarrollar la cognición.

El lenguaje en este periodo es fundamentalmente egocéntrico y socializado. Según Piaget y Vygotski este lenguaje no tiene en cuenta las necesidades de quien escucha, convirtiéndose poco a poco en un lenguaje mecanismo de comunicación.

Otra de las características típicas de este período es el juego. A través del juego los niños/as ejercitan una actividad física fundamental, aprenden acerca del mundo y hacen frente a sus sentimientos en conflicto al interpretar situaciones de la vida real. La evolución pasa desde el juego solo, al juego con otros pero sin compartir, y finalmente al juego compartido con otros niños/as en colaboración.

**Niños/as con cáncer:** El desarrollo mental, cognitivo y de lenguaje en estos niños es normal cuando el niño/a tiene leucemia, osteosarcoma, o tumores en otras partes del cuerpo, a excepción del niño/a que tiene tumor cerebral, pues esto produce una falencia en su lenguaje, en el habla, en sí en sus funciones cognitivas.

## **- Desarrollo afectivo y de la personalidad.**

De acuerdo con el análisis psicodinámico (Freud) el niño/a de educación infantil en este período lo posicionamos en la etapa fálica de su desarrollo psicosexual, obteniendo placer en su estimulación genital. Circunstancias recogidas en este período son también los complejos de Edipo –en el niño- y de Electra –en la niña-.

El autoconcepto desempeña un papel central en el psiquismo del individuo, siendo de gran importancia para su experiencia vital, su salud psíquica, su actitud hacia sí mismo y hacia los demás en definitiva, para el desarrollo constructivo de su personalidad.

En cuanto al desarrollo afectivo, el niño va a ir desplazando al amor y el afecto por la madre (figura de apego) a otras personas u objetos.

Las exigencias de los adultos le producirán rabietas. Se hace necesario establecer una relación adecuada entre la familia y la escuela. Las vías de participación deben plasmarse en el Proyecto Curricular de Etapa (PCE).

Las actividades de colaboración con la familia son, entre otras:

- Actividades extraescolares: fuera del horario escolar. No complementan el currículo (baloncesto, informática, teatro, danza...)
- Actividades complementarias: dentro del horario escolar. Complementa el currículo (excursiones, talleres...)
- Servicios complementarios: favorecen o compensan la educación (comedor, transporte...)

Como educadora considero que esta participación con la familia puede proporcionar expectativas positivas y actitudes de valoración de los padres hacia la escuela.

**Niños/as con cáncer:** Los niños/as al enterarse de su enfermedad se vuelven más vulnerables, necesitan mayor atención por parte de sus padres en especial de su madre, ya que es ella la que pasa mayor tiempo con su hijo/a en el hospital. Además se tornan incapaces de realizar las cosas por sí solos, no tienen confianza en sí mismos.

#### **- Desarrollo social.**

El niño/a empieza a socializarse por la necesidad que tiene de que los adultos le satisfagan sus necesidades (alimento, protección, higiene...). Necesita a los adultos y ellos le irán introduciendo en los valores. Normas, actitudes a interiorizar (Herencia Social).

Reconoce la autoridad de sus padres, pero busca pretextos para conseguir lo deseado, además quiere hacer valer sus derechos del núcleo familiar.

Paulatinamente en los grupos van cobrando mayor estabilidad; dentro de ellos, ya más estables, comienzan a perfilarse como líderes.

Los primeros agentes sociales son la familia y luego, la escuela y el grupo de iguales.

**Niños/as con cáncer:** Estos niños muchas de las veces prefieren aislarse, ya que se sienten excluidos de la sociedad a causa de la enfermedad, pero no a todos ocurre lo mismo, todo depende de su entorno familiar, y como este ayuda a que se incorpore de una manera natural a la sociedad.

## MARCO EMPÍRICO

### CAPÍTULO V

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo comprende la investigación y observación directa sobre la metodología que se aplica en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños/as de 4 a 6 años de la Fundación Juan José Martínez en el hospital de SOLCA.

Para realizar esta investigación se recopiló información sobre las estrategias metodológicas de la enseñanza – aprendizaje, los criterios metodológicos a seguir para la intervención en un medio hospitalario, características especiales de las aulas hospitalarias, consecuencias del cáncer en el proceso educativo, características generales del desarrollo del niño de 4 a 6 años, para luego analizar la aplicación del método en el proceso educativo, sabiendo que a través de este, el niño y la niña adquirirá nuevos conocimientos y así la maestra/o hospitalaria podrá evaluar el aprendizaje significativo en cada alumno/a.

#### **Métodos:**

Se han aplicado diferentes tipos para esta investigación.

- **Descriptivo.-** Se estudió , analizó y describió aspectos específicos como son las características generales de los niños/as de 4 a 6 años, la conceptualización de aula hospitalaria y todo lo referente a este, la consecuencias que trae el cáncer al

proceso educativo en el niño. Todas estas teorías y conceptos que adquirió servirán va ayudar a validar la hipótesis y los objetivos planteados.

- **Experimental.-** Se aplicará dos pruebas a los niños oncológicos la una en donde se evalúa el aprendizaje significativo que ellos adquieren cuando están hospitalizados, ya la otra que evalúa las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza aprendizaje, esto se lo realizó tomando como muestra a cuatro niños/as del hospital.
- **Explicativo.-** El interés de esta investigación se centra en cómo las maestras hospitalarias trabajan con los niños hospitalizados y las metodologías que se aplican en el proceso de enseñanza – aprendizaje
- **De campo.-** La investigación se la realizó en el centro hospitalario, en guardería en donde funciona consulta externa y en hospitalización, en donde se aplicaron las pruebas y se realizaron las correspondientes entrevistas a las maestras hospitalarias y a la directora de la fundación.

#### **Técnicas:**

- **Observación directa.-** Se utilizó para recopilar la información de una manera más confiable y rápida, ya que se trata de una observación de carácter descriptivo.
- **Fichas de observación.-** Se observa las actitudes que los niños/as presentan durante la aplicación de las pruebas.

- **Pruebas.-** Se aplicó estas pruebas a tres niñas y un niño de 4 a 6 años de edad, para así corroborar la efectividad de la metodología constructivista cognoscitiva y del método activo.

#### **Instrumentos:**

- **Fichas.-** Este instrumento se utilizó para ordenar y clasificar los datos consultados, es decir la observación de campo que se realizó tanto en el área de consulta externa como en el área de hospitalización del hospital de SOLCA.
- **Entrevistas.-** Se aplicó este instrumento con el objetivo de obtener información precisa, concreta y confiable, de parte de padres y madres de familia, de las maestras hospitalarias y de la directora de la fundación Juana José Martínez.
- **Cuestionarios.-** Este instrumento fue aplicado únicamente a las maestras hospitalarias para poder obtener la información correspondiente a las dificultades que presentan los niños/as con cáncer en el proceso de aprendizaje y todo lo que el interviene.

#### **Población y muestras.**

La población que ha sido investigada está ubicada dentro del sector urbano de la ciudad de Quito, en la parroquia Chaupicruz, sector norte de la ciudad, barrio el Edén, entre la Avda. Eloy Alfaro y los Pinos. El número de niños/as investigados es cuatro que corresponden al 15% de la totalidad de estudiantes de entre 4 y 6 años de edad, a quienes es dirigida la investigación.

Para desarrollar este punto se adjuntan a continuación las dos pruebas para evaluar el aprendizaje significativo y la otra para evaluar que metodología aplican las maestras hospitalarias en los niños.

De igual manera una vez concluida la aplicación de las pruebas a cada uno de los niños/as se analizó y comentó sobre las mismas de manera objetiva e individualiza, para luego realizar un cuadro comparativo de los cuatro casos y ver a qué conclusiones se ha llegado y verificar el cumplimiento de objetivos e hipótesis.

Las entrevistas fueron realizadas a las maestras hospitalarias con el objetivo de conocer cómo trabajan con un niño hospitalizado, que tipo de dificultades de aprendizaje presentan estos niños y de qué dependen.

Además se entrevistaron a los padres y madres de familia para conocer como el Programa Nacional de Aulas hospitalarias de la Fundación Juan José Martínez ha ayudado a su calidad de vida.

Para cada uno de los niños/as se adjunta sus antecedentes médicos, es decir como inicio su enfermedad, además las pruebas aplicadas y el análisis de cada una de ellas. Luego de ampliar la información de estos cuatro casos, se procederá a desarrollar las entrevistas realizadas a las maestras hospitalarias y directora de la fundación.

### **Instrumento utilizado**

La propuesta para conocer la metodología aplicada en el proceso de enseñanza – aprendizaje en los niños de cuatro a seis años en las aulas hospitalarias ha sido la elaboración de dos pruebas las cuales me permitan obtener algunos datos para identificar si el niño de cuatro a 6 años ha adquirido los conocimientos correspondientes a su año de educación básica.

La primera prueba la cual es: “Prueba para evaluar las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje”, consta de 12 áreas, dentro de ellas se toman varios parámetros referente a cada una de ellas, fue aplicada de una manera personalizada. Se utilizó para estos casos, ya que de esta manera se podrá conocer si las metodologías que aplican las maestras hospitalarias en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias, está orientada a trabajar según las necesidades e intereses del niño/a de 4 a 6 años, y se lo afirma analizando los resultados de estos conocimientos (nociones) básicos que él niño/a su edad debe haber adquirido. A continuación el esquema de la prueba aplicada.

PRUEBA PARA EVALUAR LAS METODOLOGIAS APLICADAS EN EL  
PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

**1. Área – Esquema Corporal:** El niño o niña reconoce las partes de su cuerpo en sí misma y en los demás.

**a. En su propio cuerpo**

	SI	NO
i. Señala tu nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Señala tu oreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Señala tu mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Señala tu pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b. En su imagen**

	SI	NO
i. Señala tu ceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Señala tus ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Señala tus dedos de la mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Señala tu codo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**c. En otra persona**

- i. Señala mi cabeza
- ii. Señala mi boca
- iii. Señala mi tronco
- iv. Señala mi pierna

**SI**


**NO**


**2. Área – Dominancia Lateral:** El niño y niña definirá la dominancia de su ojo, oído, mano y pie.

**a. Ojo (mirar)**

- i. Por un tubo
- ii. Cartulina con orificio

**Derecha**


**Izquierda**


**b. Mano**

- i. Lanzar una pelota
- ii. Enrollar (lana)
- iii. Pintar



**c. Oído**

- i. Escuchar el reloj (tic-tac)
- ii. Golpes en la pared



**d. Pie**

- i. Saltar en un solo pie
- ii. Patear la pelota



**3. Área – Orientación:** Se determinará la orientación temporo-espacial que tiene el niño y niña.

**a. Temporal :**

- i. ¿En este momento es de día o de noche?

.....

- ii. ¿Qué hiciste ayer en casa?

.....

- iii. ¿Qué haces por las noches?

.....

**b. Espacial:** (en su propio cuerpo)

- i. Coloca la pelota cerca
- ii. Coloca la pelota arriba
- iii. Coloca la pelota detrás
- iv. Coloca la pelota abajo

**4. Área – Coordinación Dinámica**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Salta en un solo pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Botea la pelota (grande) con una o dos manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Área – Receptiva Auditiva:** Diagnostica la capacidad del niño/a para escuchar una orden y codificarla en respuesta.

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. ¿Los pájaros comen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Los gatos vuelan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Los niños juegan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Los plátanos escriben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Las personas se casan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Las bicicletas estudian?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Los sapos saltan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Los bebés lloran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿El cielo es verde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6. Área – Asociación Auditiva:** Diagnostica si el niño/a esta en la capacidad de codificar y decodificar abstracciones.

**Completa la frase que te quiero decir**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>a.</b> Un pájaro vuela en el aire, Un pez nada en el.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Un pan es para comer, La leche es para.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c.</b> El humo sube, La lluvia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d.</b> Yo como en un plato, Tú tomas en una.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e.</b> Yo estoy despierto durante el día, Tu estas dormido durante la.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f.</b> Los oídos son para escuchar, Los ojos son para.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7. Área – Expresivo Manual:** Permite evaluar al niño/a respecto a su expresión viso-motor.

**Yo nombro un objeto y tú respondes con mímica.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Martillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Guitarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tijeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sacapuntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Escoba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Lápiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cepillo y pasta dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Área – Cierre Auditivo Vocal:** Diagnostica la integración auditiva vocal que tenga el niño/a.

**Escucha bien y completa la palabra que yo quiero decir.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Azú.....car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pier..... na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Maripo.....sa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Monta.....ña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Carreti.....lla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Área – Pronunciación:** Permite detectar la pronunciación correcta e incorrecta.

**Pronuncia palabras cuyo esquema mental está estructurado.**

	SI	NO
a. Franelógrafo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Esferográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Triciclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Columpio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Área – Memoria Secuencia Auditiva:** Diagnostica la memoria auditiva del niño/a.

**Escucha bien y repite exactamente los siguientes números.**

	SI	NO
a. 3 2 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 2 5 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 1 6 2 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 1 3 5 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 7 4 1 3 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 2 5 4 6 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Área – Coordinación Visual – Motora (Ritmo):** Diagnostica la coordinación visual- auditiva-motora con patrón visual y auditivo.

**Escucha y repite exactamente con golpes.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 00-00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 000-00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 00-0-000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 0-000-0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Área – Discriminación Auditiva:** Diagnostica el nivel de discriminación auditiva del niño/a.

**Repite las palabras que yo repito**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Pato – dato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cama – dama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Caballo – cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rata – lata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hombre – hambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mesa – misa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mano – mano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tía – día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Casa – pasa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pana – lana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La segunda prueba la cual es: “Prueba para evaluar el aprendizaje significativo en niños con cáncer de 4 a 6 años del hospital de SOLCA”. , consta de 11 ítems, los cuales nos permitirán conocer el nivel de aprendizaje que tiene el niño/a oncológico, ya que creo que es conveniente conocer como estos niños/as aprenden, como adquirieren nuevos conocimientos, a pesar de su estado ánimo, físico y psicológico. A continuación se presenta el esquema de la prueba aplicada.

### **Objetivos al aplicar las pruebas:**

- Conocer las metodologías que las maestras hospitalarias aplican en el proceso de enseñanza - aprendizaje en los niños de 4 a 6 años.
- Señalar si los objetivos e hipótesis planteados en la investigación se cumplen.
- Apreciar los aprendizajes significativos que los niños/as adquieren dentro del proceso de educativo dentro de las aulas hospitalarias.

PRUEBA PARA EVALUAR EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO  
EN NIÑOS CON CÁNCER DE 4 A 6 AÑOS DEL HOSPITAL DE  
SOLCA

Nombre:

Edad:

Diagnóstico:

1. Pluto es un perro muy alegre y juguetón. Dibuja a su izquierda una pelota y a su derecha su hueso.



2. ¿Vives en una casa o departamento? Dibújala entre estos árboles.



3. Marca con una X los medios de transporte que viajan por tierra.



4. Colorea las herramientas que se utilizan en la escuela.



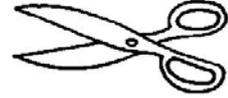
EI



EI



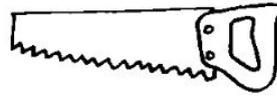
EI



EI



EI



EI



EI



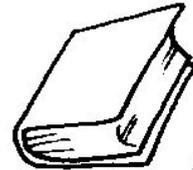
EI



EI



EI

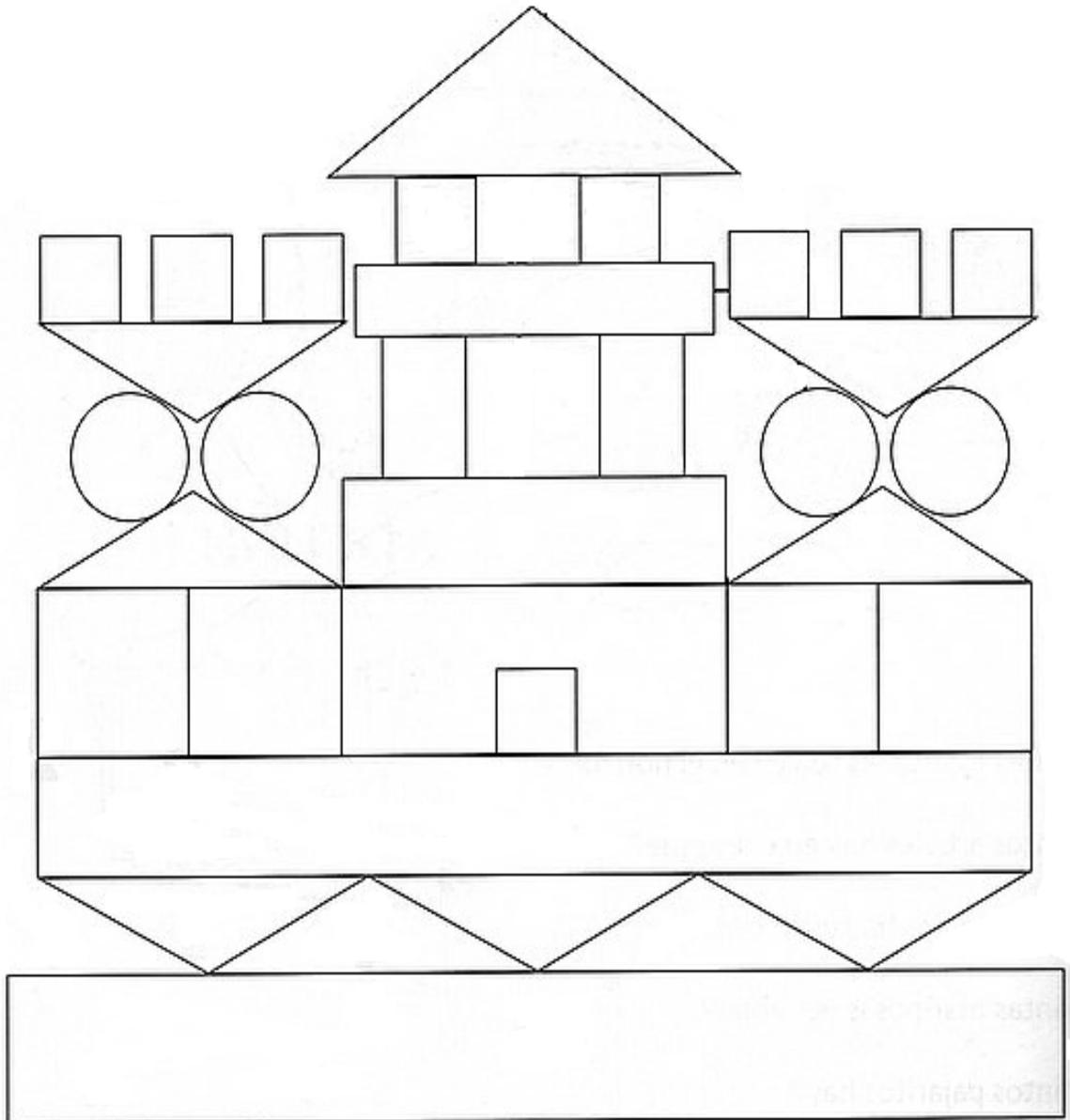


EI

5. ¡Incendio, incendio! ¿A quién llamamos? Colorea la persona correcta

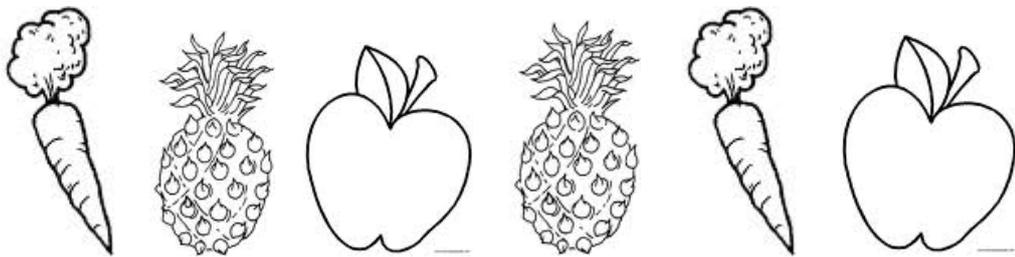
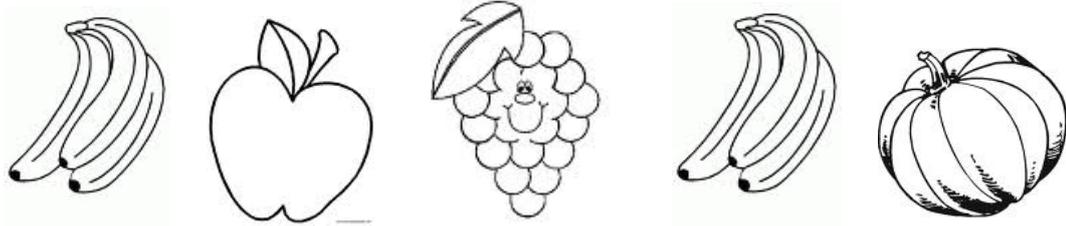


6. Colorea con amarillo los rectángulos, con azul los cuadrados, con rojo los triángulos y con verde, los círculos.

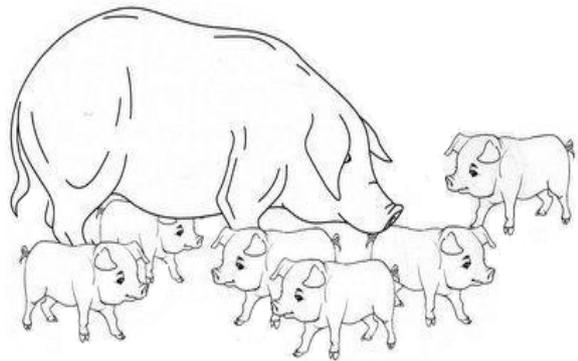
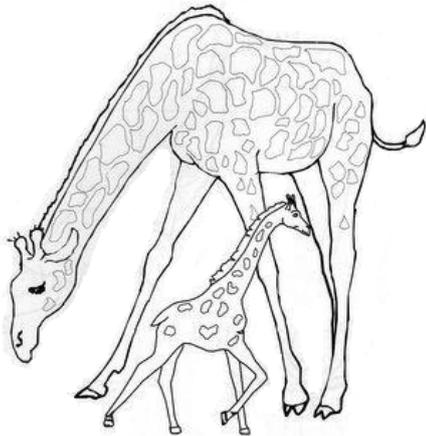
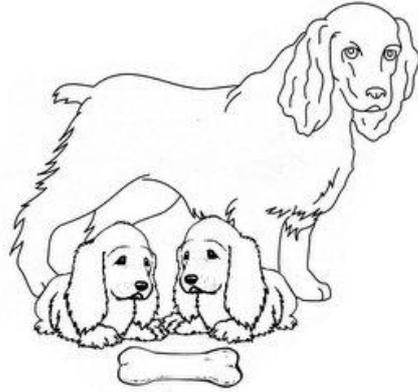
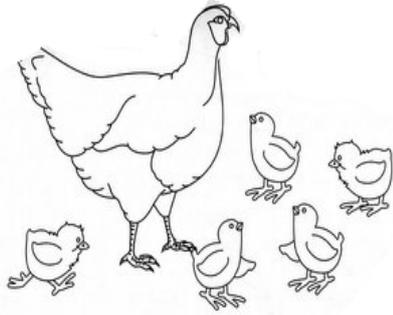


7. Ordena los cangrejitos del más pequeño al más grande

8. Pinta las manzanas de color rojo y los plátanos de color amarillo.



9. Traza un círculo alrededor del animalito que tiene más hijitos.

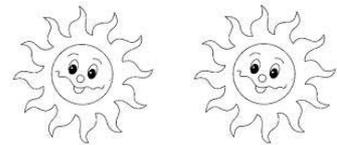
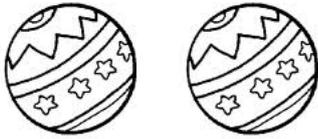


10. Une cada número con su cantidad de elemento.

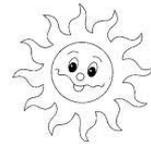
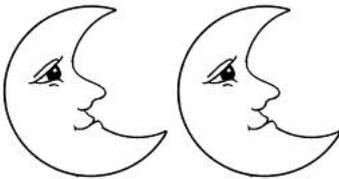
2



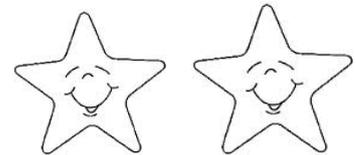
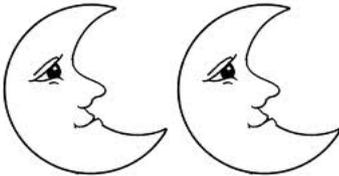
5



3

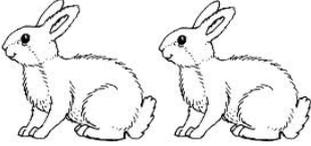
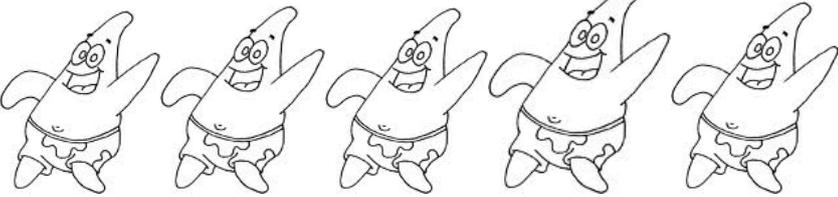
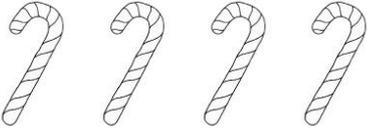


1



4

11. Cuenta y escribe el número que corresponde:

## **Análisis interpretativo de la prueba para evaluar las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.**

La interpretación de las pruebas se ha hecho a base de una determinación y apreciación cuantitativa de los resultados cualitativos obtenidos en el momento de la aplicación. Es decir, se determinó con un SI y con un NO en cada pregunta según la respuesta del niño/a, cada pregunta encierra una determinada actividad. El cumplimiento cabal de la actividad solicitada era calificado como SI y la carencia de respuesta NO, además existen ítems en donde el niño debe responder a una pregunta abierta, al final de todas las aplicaciones realizadas, se procedió a contabilizar todos los SI y todos los NO del total de pruebas aplicadas y en todas las preguntas que contiene la prueba.

Primero se realizará el análisis de la prueba para evaluar las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y , a continuación se describirá cada caso y se analizará e interpretará la prueba para evaluar el aprendizaje significativo en niños de 4 a 6 años del hospital de SOLCA.

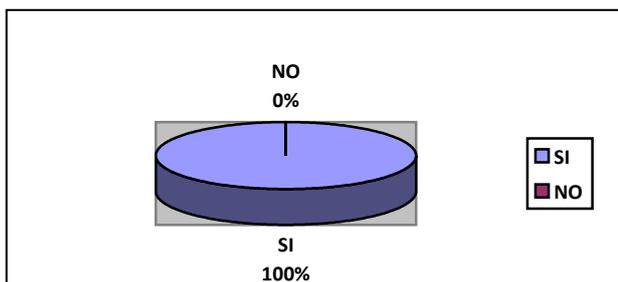
El análisis e interpretación de los resultados que a continuación se realiza va acompañado de la tabulación y la demostración gráfica respectiva.

1) **Área esquema corporal: En su propio cuerpo, en su imagen y en otras personas.**

De los 4 niños/as a quienes se les aplico la prueba que representa el 100%, los 4 niños logran reconocer las partes de su cuerpo en sí mismo y en los demás. Esto se comprobó dialogando con el niño/a, se le pregunto en donde está su nariz, su oreja, su mano, su pie.

El gráfico demuestra lo explicado:

SI	NO
100%	0%

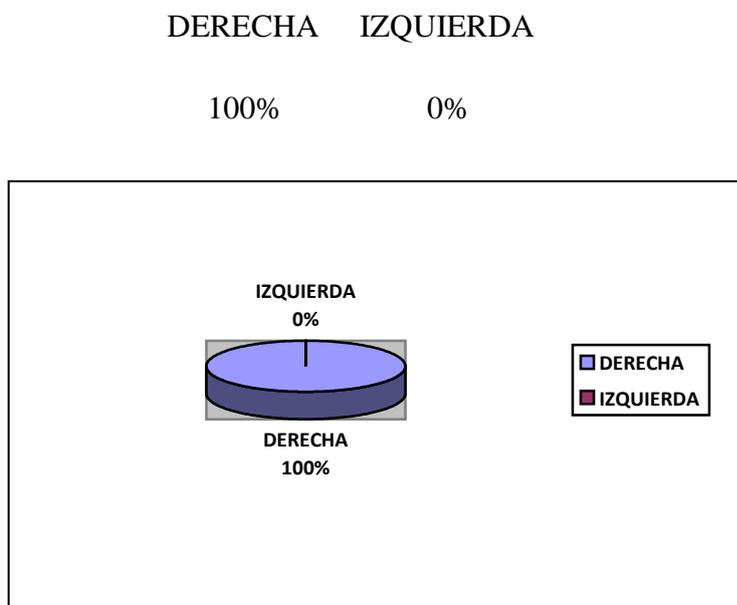


2) **Área dominancia lateral: Ojo, mano, oído y pie.**

De los 4 niños/as a quienes se les aplico la prueba que representan el 100%, los 4 niños/as realizan las actividades de mirar por un tubo, por una cartulina con orificio, lanzar una pelota, enrollar lana, pintar, escuchar el reloj, golpes en la pared, saltar en un solo pie y patear la pelota con el lado derecho, el niño/a definirá la dominancia de su ojo, oído, mano y pie, pero este último ítem solo fue posible aplicar a dos niños/as, ya que las otras dos niñas estuvieron hospitalizadas, y no podían realizar

esta actividad, pero de diálogo con la madre de la familia y se le preguntó si la niña realizaba estas actividades en casa, es por ello que se toma en cuenta el 100%.

A continuación el gráfico:



**3) Área orientación.- Nociones tiempo día-noche, hoy-ayer, cerca-lejos, arriba-abajo, adelante-detrás.**

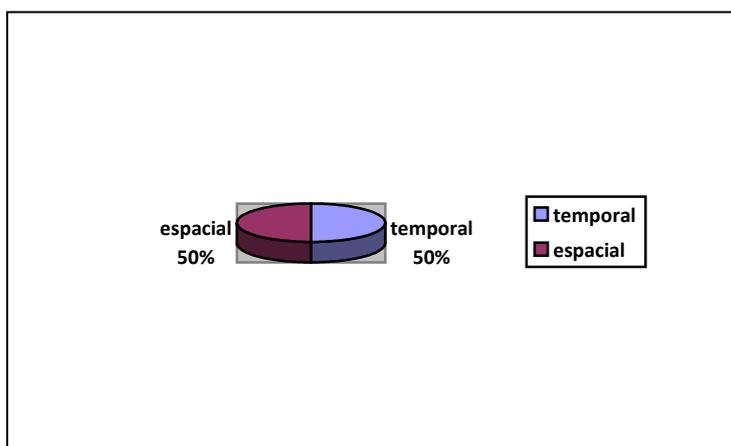
El 100% que equivale a los 4 niños/as a quienes se les aplicó la prueba, los 4 niños/as tienen una muy buena orientación temporo-espacial, es por ello que se detalló 50% para cada ítem, ya que distinguen entre día y noche, entre ayer y hoy, además saben diferenciar entre arriba-abajo, cerca-lejos, adelante-atrás. En este último ítem, relacionada a lo espacial, se trabajó con las dos niñas sentadas en su cama, y pudieron trabajar muy bien.

A continuación el gráfico:

TEMPORAL                  ESPACIAL

50%

50%



#### 4) Área coordinación dinámica.-

Para esta área la muestra total es de 4 niños/as, pero solo pudo ser aplicada en 2 niños/as, ya que como se dijo anteriormente dos niñas estuvieron hospitalizadas, y es imposible que ellas pudieran realizar estas actividades. Es por ello que el 50% de los niños/as a quienes se les aplico la prueba pueden saltar en un solo pie y botean la pelota grande con una o dos manos, y el otro 50% es por las dos niñas hospitalizadas.

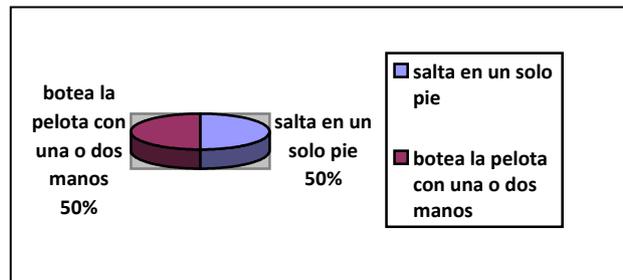
El gráfico señala lo expuesto anteriormente:

SALTA EN UN SOLO PIE

BOTEA LA PELOTA

50%

50%

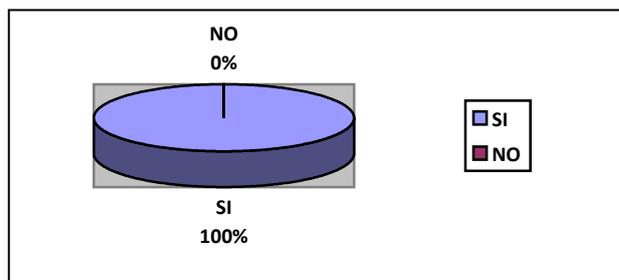


### 5) Área receptiva auditiva.-

En esta área se diagnóstica la capacidad del niño/a para escuchar una orden y codificarla en respuesta, de los 4 niños/as que representan el 100%, todos pudieron responder satisfactoriamente a estas preguntas: ¿Los pájaros comen?, ¿Los plátanos escriben?, ¿Los bebés lloran?, etc.

El gráfico explica lo antes dicho.

SI	NO
100%	0%

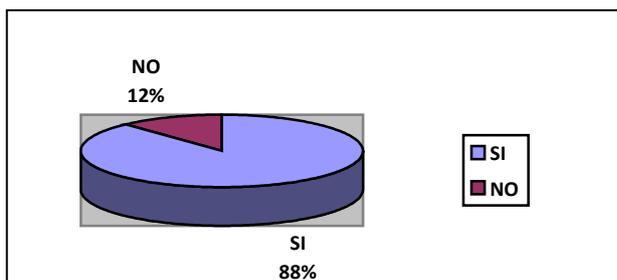


## 6) Área asociación auditiva.-

Del total de 4 niños/as a quienes se les aplico las pruebas que representan el 100%, 2 niños respondieron correctamente que representa el 88% y el restante 12% representa a los niños/as que no supieron contestar correctamente, en esta área se diagnostica si el niño/a esta en la capacidad de codificar y decodificar abstracciones.

El gráfico demuestra lo explicado:

SI	NO
88%	12%



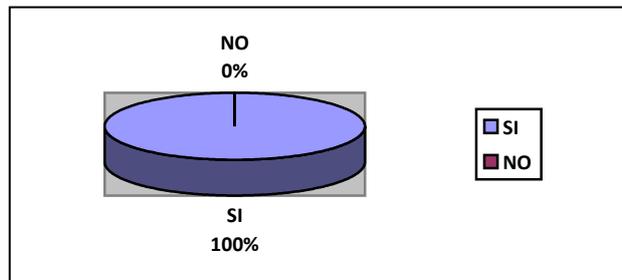
## 7) Área expresiva manual.

El total de la muestra fue de 4 niños/as quienes representan el 100%, de los cuales el 100% pudo expresar con mímica la acción que realiza el objeto nombrado, es decir, martillo, guitarra, teléfono, escoba, lápiz , cepillo de dientes.

Se pudo evaluar al niño/a respecto a su expresión viso-motor.

A continuación el gráfico:

SI	NO
100%	0%

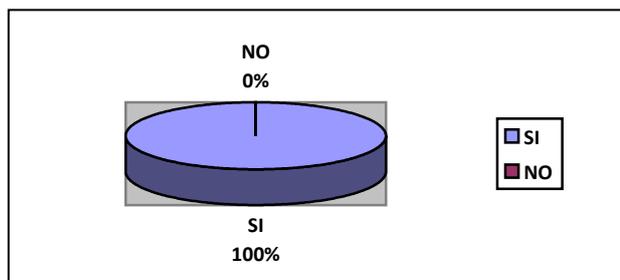


### 8) Área cierre auditivo vocal.-

El 100% de los niños/as a quienes se les aplicó la prueba, es decir 4, pudieron completar palabra nombrada, azú.....car, pier.....na, maripo.....sa, carreti.....lla. A través de esta prueba se pudo diagnosticar la integración auditiva vocal que tiene el niño/a.

El gráfico a continuación.

SI	NO
100%	0%

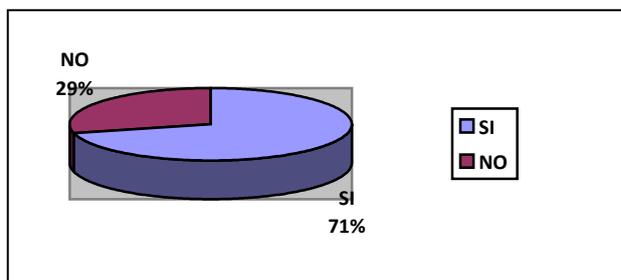


### 9) Área pronunciación.-

Del total de 4 niños/as a quienes se les aplicó la prueba que representan al 100%, el 71% de los niños, es decir 2 niñas pudieron pronunciar estas palabras; Fanelógrafo, esferográfico, triciclo, periódico, columpio, lengua, la otra niña pudo pronunciar solo la mitad y el último de los niños solo nombro 2 palabras, lo cual esto equivale al 29%.

A continuación el gráfico:

SI	NO
100%	0%

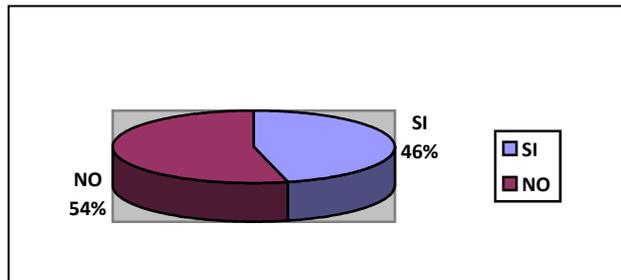


### 10) Área memoria secuencia auditiva.-

En esta área fue en donde más problemas tuvieron los niños/as para realizarla, ya que ellos debían escuchar bien y repetir exactamente la serie numérica, del total de de 4 niños/as 3 de ellos pudieron lograr hasta la mitad y el otro niño solo pudo dos , que equivale al 46% y el restante que es el 54% representa al otro 50% que no pudieron realizar.

A continuación el gráfico:

SI	NO
46%	54%

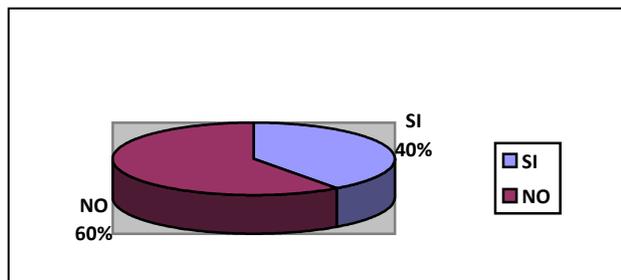


### 11) Área coordinación visual – motora (ritmo).-

Al igual que la anterior área tuvieron problemas los niños/as, ya que debían escuchar y repetir exactamente con golpes, es decir: 000, 00-00, 000-00, pero de los 4 niños que representa el 100%, solo pudieron realizar dos los 4 niños, esto representa el 40%, esto permite diagnosticar la coordinación visual-auditiva-motora con patrón visual y auditivo.

El gráfico demuestra lo dicho:

SI	NO
40%	60%

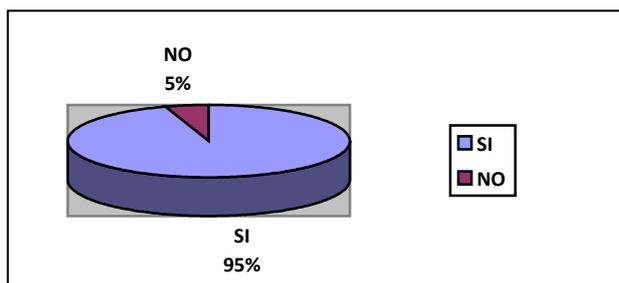


## 12) Área discriminación auditiva.-

Del total de 4 niños/as a quienes se les aplicó la prueba que representan al 100%, el 95% de los niños, es decir 3 niñas pudieron pronunciar estas palabras; pato-dato, cama-dama, hombre-hambre, tía-día, pana-lana, el niño no pudo pronunciar dos de ellas, lo cual esto equivale al 5%, esto permite diagnosticar el nivel de discriminación auditiva del niño/a.

A continuación el gráfico:

SI	NO
95%	5%



Como análisis general de la aplicación de esta prueba en los cuatro casos, se puede evidenciar que los niños tienen buenas nociones básicas correspondientes a su edad y nivel escolar, ya que a pesar de su hospitalización él niño/a no ha perdido clases, esto quiere decir que las metodologías que las maestras aplican está dando su efecto planeado, ya que es el niño/a quien produce su propio conocimiento, con la guía y orientación del docente, ya que el objetivo primordial de la teoría constructivista cognoscitiva es que el niño/a construya el saber, el sentido de autoestima y de estima hacia los demás, además que exprese de una manera libre sus emociones y sentimientos.

## DESARROLLO DE LOS CASOS INVESTIGADOS

### PRIMER CASO

**Nombre:** Michelle Portilla

**Edad:** 6 años

**Diagnóstico:** Anemia Aplástica.

#### **Antecedentes:**

Michelle, de 6 años de edad, se le diagnosticó anemia aplástica, que es un desorden hematológico que se caracteriza por una disminución de los elementos celulares, es decir se debe a que la médula ósea no puede elaborar suficientes glóbulos blancos, rojos o plaquetas, los síntomas fueron diversos, palidez, fatiga y debilidad, presencia de moretones de fácil aparición. No es considerada como leucemia.

Hace 4 meses fue ingresada al hospital con este diagnóstico anemia aplástica, ingreso con defensas bajas, fiebre, estuvo durante 15 días con fiebres altas, subía y bajaba. Inició el tratamiento para su enfermedad, pero luego empezó con dolor abdominal, lo cual era apéndice pero lamentablemente esto avanzó y cayó en peritonitis, estuvo en terapia intensiva una semana, luego la subieron a hospitalización en una habitación de aislamiento, transcurrido varios días la herida se infectó, nuevamente estuvo en terapia intensiva a causa de un paro respiratorio, volvió a la habitación de aislamiento, continuó con las fiebres, fue intervenida quirúrgicamente para poder cerrar la herida ya que ésta no cicatrizaba pronto, actualmente su herida ya está cicatrizando, ahora está ya en casa con sus familiares recuperándose y continuando con su tratamiento.

## SEGUNDO CASO

**Nombre:** Ariana Sánchez

**Edad:** 5 años

**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B Común.

### **Antecedentes:**

Arianita siempre ha sido una niña social, activa y sana desde muy pequeña. Vive con su mamá, sus papás son jóvenes y se separaron cuando tenía 2 añitos, y excepto por la falta de convivencia con su papá, era una niña completamente feliz. Aproximadamente hace un año empezó con los primeros síntomas; recibimos una llamada de la escuela explicándonos que Arianita estaba muy pálida, débil y helada; fue entonces que empezamos las constantes visitas con el pediatra, exámenes, etc.; y según el pediatra todo estaba dentro de lo normal y solamente le receto hierro; entonces empezamos a ir de un pediatra a otro porque Arianita seguía con los síntomas pero nosotros nunca fuimos testigo de ello, ya que solo le sucedía en la escuela y cuando yo llegaba estaba muy bien como siempre. Transcurrieron aproximadamente 4 meses hasta que dimos con un excelente pediatra, y fuimos a varios especialistas entre ellos a la cruz roja pero no detectaban nada. El pediatra nos envió a una pediatra hematóloga del Baca Ortiz y fue ahí donde finalmente le diagnosticaron Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B Común, esa misma tarde acudimos a una consulta con el Dr. Eguiguren, quien es el director del área de pediatría del hospital de SOLCA y al otro día Arianita ingreso, de eso ya son nueve meses, en los cuales hemos atravesado momentos muy difíciles, pero poco a poco Arianita con el cariño de su familia y todo el apoyo está saliendo adelante para terminar sus tres años de tratamiento.

(Palabras textuales de la madre de Arianita Sánchez.)

## TERCER CASO

**Nombre:** Kevin Pinilla

**Edad:** 6 años

**Diagnóstico:** Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI).

### **Antecedentes:**

Kevin un niño tranquilo, empezó con moretones en su cuerpo, un pequeño golpe y se le hacía morado automáticamente, su madre se preocupó mucho ya que no es normal, fue al pediatra le hicieron los exámenes necesarios incluido el de sangre y le detectaron Púrpura Trombocitopénica Idiopática, esta enfermedad no es considerada leucemia ya que es su mismo cuerpo quien destruye sus plaquetas, el doctor Eguiguren, envió el tratamiento para controlar su enfermedad.

## CUARTO CASO

**Nombre:** María Paz Salguero

**Edad:** 5 años

**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)

### **Antecedentes:**

Inició con dolor de rodilla y se puso pálida ya no quería caminar, por ese motivo la lleve al pediatra; fue ahí donde le detectaron la enfermedad Leucemia Linfoblástica Aguda.

Los primeros 3 meses le cuide en casa solo con medicina natural pero a los meses exactamente a María Paz le dio una infección y se deshidrató por lo que le traje al hospital de SOLCA por emergencia, le hicieron los exámenes y me indicaron que tenía que iniciar el tratamiento porque si sigue sin medicación podría fallecer.

Desde entonces estamos aquí; al inicio veníamos todos los días y después pasando un día, actualmente lo hacemos una vez por semana. Hasta aquí todo bien María Paz está en la semana 95 del protocolo de mantenimiento; los doctores me indican que está bien por lo que por ahora esperamos terminar con el tratamiento para que María Paz siga con su vida normal, ya solo falta casi un año.

(Palabras textuales de la madre de María Paz Salguero)

## **Análisis interpretativo de la prueba para evaluar el aprendizaje significativo en niños con cáncer de 4 a 6 años del hospital de SOLCA.**

En general los cuatro niños/as tienen los conocimientos que para su edad y nivel escolar deben tener, al momento de realizar esta prueba Michelle estaba un poco decaída pero tuvo ganas de realizar esta actividad, ya que siempre ha estado dispuesta a trabajar, empezó a realizarla pero luego se sintió un poco mal, entonces se tomó la opción de leerle y que ella dijera o señalara la respuesta correcta. En relación con los otros niños/as no hubo ningún problema al momento de realizarla.

Se puede observar que los cuatro niños/as tienen nociones básicas sobre relaciones lógico matemáticas, es decir nociones del esquema corporal-lateralidad, nociones de espacio, además identifican los medios de transportes que van por tierra, mar y aire, identifican las herramientas que necesitan para su escuela, reconocen los oficios, Michelle en el ítems 6 no pudo continuar coloreando las figuras, ya que se sentía indispuesta, pero se trabajó con colores y figuras, ordenan del más pequeño al más grande, nociones de clasificación, además reconocen los colores primarios, se trabajo nociones de cuantificación en el ítems 9-10 y 11, en donde se verifico que se encuentran en un buen nivel académico, a pesar de haber perdido mucho tiempo de clases, el único problema que tuvieron como en la mayoría de los niños/as oncológicos es en su motricidad, ya que por tener la vía en su manito eso no permite una buena movilidad, además pierden fuerza y empiezan a tener temblores en sus manos.

## **Interpretación de la Observación.**

La observación se realizó a las maestras hospitalarias, a los padres y madres de familia, y se nota claramente que las maestras primero que nada trabajan la parte afectiva, emocional del niño/a, tratan de estabilizar sus emocionales, ya que aun no pueden asimilar su nueva situación física.

Luego de haber estabilizado en el niño su parte emocional, se empieza a trabajar la parte curricular correspondiente al año de básica del estudiante oncológico, cuando el niño está hospitalizado se trabaja las tareas planificadas para cada día, y cuando el niño solo va a consulta externa se trabaja las tareas que le han enviado para el día siguiente.

En la sección en donde se detallan las entrevistas se desarrollará más a fondo todo lo que se ha observado.

## **Antecedentes del proceso de entrevistas**

Es necesario recalcar que cada diálogo estuvo precedido de una introducción a la temática a abordarse, es decir se procedió a dar a conocer el porqué y para qué de la investigación (objetivos), permitiendo así un proceso de sensibilización y apertura para lograr una mayor interacción y colaboración de su parte en las entrevistas realizadas.

## **Preguntas dirigidas a las maestras hospitalarias de la Fundación Juan José Martínez.**

### **1. ¿Qué metodologías emplean en el proceso de enseñanza aprendizaje en las aulas hospitalarias?**

Las metodologías se aplican dependiendo de cada escuela, ya que cada una de ellas utiliza varias y las maestras se acoplan a esas metodologías y así avanzan con el currículo del niño/a.

Desde el punto de vista de la filosofía, el método no es más que un sistema de reglas que determinan las clases de los posibles sistemas de operaciones partiendo de ciertas situaciones iniciales condiciona un objetivo determinado.

Los métodos pedagógicos son una opción del maestro/a en el proceso de enseñanza aprendizaje. Esto quiere decir que aunque el maestro/a no puede prescindir de los métodos él o ella tienen la opción de escoger aquellos que consideren más apropiados en un momento determinado.

En el momento de hacer la opción por un método es necesario tener en consideración varios puntos:

- El contenido de la lección, el contenido es el ¿Qué? Se va enseñar. Algunos contenidos no son propios para algunos tipos de métodos, por lo cual el maestro/a deberá escoger éstos con mucho cuidado.
- El tamaño del grupo.
- La edad de los alumnos.
- Las necesidades del grupo.
- Las capacidades de los alumnos.
- Las facilidades físicas disponibles.

- Los recursos humanos, económicos, tecnológicos y literarios.
- Las capacidades propias del maestro/a y su intencionalidad.

Trabajan con el método activo, es decir, tomar en cuenta el desarrollo de la clase contando con la participación del alumno/a. La clase se desenvuelve por parte del alumno/a, convirtiéndose el profesor/a en un orientador, un guía, un incentivador y no en un transmisor de saber; y a la teoría constructivista cognoscitiva, la cual dice que el alumno/a va construyendo su propio conocimiento a través de experiencias siempre con guía de la maestra/o. Además el propósito fundamental de esta teoría es que la niña y niño construya un sentido de autoestima y de estima a los demás, que exprese libremente sus emociones y sentimientos, que aprenda a respetar a los demás incrementando la socialización integral y finalmente que resuelva sus problemas cotidianos.

Para el niño/a y su entorno familiar, escolar, etc., es muy duro poder aceptar de forma inmediata el tipo de enfermedad que tiene, esto conlleva a que el trabajo del maestro/a deba ser proactivo en cuanto a romper algunos paradigmas, para que el niño vaya aceptando su nueva condición física.

Para él es un trauma desde el momento en el que se entera de su enfermedad y soporta las largas estadías dentro del hospital, exámenes médicos muy dolorosos, soportan pinchazos, pasan por dolorosas cirugías, no están en su casa con sus seres queridos, amigos y compañeros de la escuela. Sus vidas cambian por completo, luego deben asimilar el tratamiento, es decir altas dosis de quimioterapia, radioterapia, etc. Y todo esto conlleva a vómitos, mareos, dolores musculares, articulares, hemorragias y lo más grave pérdida de memoria que se va dando paulatinamente, es por eso que se debe trabajar ejercicios de lógica matemática, lógica verbal, cálculo mental entre otras.

## 2. ¿Cómo se trabaja con el niño/a hospitalizado?

Primero que nada se da continuidad con el currículo del estudiante, se trabaja con niños desde los 0 meses de edad hasta los 19 años, pues es la edad en que el área de pediatría se encarga, por ello las maestras son unidocentes.

Se tiene dos secciones en el área de pediatría una la de consulta externa y la otra la de hospitalización, a continuación se detallara la el cómo se trabaja en cada una de esas áreas.

### **Consulta externa:**

- Se reúne a los niño/as para tomar lista, se debe tomar en cuenta la lista de turnos que tienen en consulta, a continuación se clasifican los estudiantes según los años de educación básica.
- Los niños/as que han traído mochila para realizar sus actividades curriculares, realizan sus tareas con la ayuda de la maestra/o y los que no han traído mochila realizan actividades previamente planificadas por las maestras hospitalarias, como son actividades prácticas, refuerzos en las cuatro áreas, de lógica matemática, lógica verbal en lenguaje y comunicación, sentidos de orientación, todo dependerá del año de básica que se encuentre el niño/a.
- Después que se ha trabajado con el estudiante se le realiza la evaluación correspondiente y ésta se envía a través de una esquelita y libretin (**ver anexo n° 1**) al profesor de la escuela de origen la actividad curricular que realizó el estudiante oncológico con la respectiva nota que ha sacado para que él asiente esta nota en el registro respectivo y así tiene su falta justificada.

## **Hospitalización**

En el área de hospitalización es diferente, ya que la estadía del estudiante es mayor debido a que recibe tratamiento continuo en altas dosis que requiere un mínimo de 4 a 6 días, el estudiante debe llevar su mochila con todos sus materiales para trabajar y poder avanzar con las unidades, sino trae la mochila según las políticas del Programa Nacional de Aulas Hospitalarias no se puede trabajar, de esta manera se les está enseñando a los padres y al estudiante a ser más responsables.

- Cuando el estudiante oncológico ha terminado con el tratamiento y dado de alta se envía al profesor/a la esquelita y libretin con las notas respectivas y pueda asentar las notas en el respectivo registro y pueda así conocer el avance que ha tenido el estudiante.

### **3. ¿Qué tipo de dificultades de aprendizaje presentan los niños/as en el proceso educativo en las aulas hospitalarias?, y ¿De qué depende?**

Son varias las dificultades que los niños/as presentan por ejemplo:

- Falta de concentración
- Pérdida de memoria
- Debilidad
- Ansiedad
- Depresión
- Mente dispersa
- Mal genio, entre otras que no ayudan a una buena adquisición del conocimiento.

Estas dificultades de aprendizaje dependen del tipo de cáncer, ya que si un niño/a tiene un retinoblastoma (tumor en el ojo) este debe ser extirpado y el niño se vuelve no vidente, o tenga un osteosarcoma, es decir cáncer al hueso y deba ser amputada una de sus extremidades superiores o inferiores, además depende del tratamiento que el niño/a oncológico reciba, ya que es plomo lo que va directamente a su sangre a través de las quimioterapias, adicional las radioterapias, los procedimientos intratecales hacen que el niño/a reciba un trauma por las experiencias que deben pasar.

### **Preguntas dirigida a la Lcda. Irma Vallejo directora de la Fundación Juan José Martínez**

#### **1. ¿Cuál es el objetivo primordial del Programa de Aulas Hospitalarias?**

Es el de mejorar la calidad de vida de los niños/as enfermos de cáncer y sus padres, brindando soporte psicológico, social y asistencial, en búsqueda de un desarrollo afectivo y educativo de los niños/as y sus familias, de manera que puedan enfrentar la situación y adaptación al cambio que se ha producido en sus vidas.

#### **2. ¿De qué manera ayuda el programa a la calidad de vida de los niños/as oncológicos?**

#### **Misión de la Fundación Juan José Martínez:**

“Mejorar la calidad de vida de los niños/as enfermos de cáncer y sus padres, brindando soporte psicológico, social y asistencial, en búsqueda de un desarrollo afectivo y educativo de los niños/as y sus familias, de manera que puedan enfrentar la situación y adaptación al cambio que se ha producido en sus vidas”

El Programa de Aulas Hospitalarias pone a disposición de los niños/as oncológicos y a sus familiares tres sub-proyectos los cuales ayudaran al niño a su calidad de vida.

- **Proyecto Educativo.**

**Aulas hospitalarias.**- Son las unidades escolares surgidas dentro del hospital, cuyo objetivo es la atención escolar de los niños/as hospitalizados.

Previenen y evitan la marginación del proceso educativo de los alumnos/as en edad escolar internados en los hospitales. Sostener el proyecto educativo de un alumno/a enfermo significa sostener un escalón importante de su proyecto de vida.

Es fundamental establecer canales de comunicación para informarse acerca de la patología del alumno/a y sus secuelas.

- **Proyecto Recreativo.**

Los niños realizan salidas y actividades programadas por la Fundación además de paseos en grupo y en familia.

Se cumplen visitas de entretenimiento a niños/as hospitalizados para distraerlos con videos, juegos y programas extracurriculares que les permiten desarrollar y demostrar sus destrezas.

Entre estas actividades se encuentran: voces por la vida y la esperanza, un árbol por la vida y la esperanza, entre otros.

- **Asistencia Social.**

Mediante la asistencia social, la Fundación colabora con el traslado de los niños/as y su acompañante, a los centros médicos especializados, para facilitar su movilidad.

Gracias a las donaciones realizadas se puede dotar de artículos de limpieza personal, ropa, medicamentos, sillas de ruedas, prótesis y otros artículos necesarios para sus actividades diarias.

También con ayuda para la familia de los niños/as enfermos, como la entrega de canastas de alimentos o apoyo en negocios que permitan obtener ingresos para mejorar su nivel y calidad de vida.

Estos proyectos ayudan al niño a sentirse un niño normal, con ciertas limitaciones pero superables, además le darán seguridad para realizar las cosas, tendrá una buena autoestima y así sabrá superar y vencer los obstáculos que se le presenten en la vida.

### **3. ¿Cree usted que existe alguna falencia en este programa?**

Las aulas hospitalarias al ser una unidad educativa de apoyo tienen algunas limitaciones como cualquier institución educativa regular.

A continuación se detallarán cuáles son estas limitaciones:

- El personal que labora en las aulas hospitalarias no son suficientes para atender a todos los niños/as del Hospital de SOLCA y Hospital de niños/as Baca Ortiz, ya que solo existen 2 maestras en cada hospital, las cuales no se abastecen con la gran cantidad de niños/as enfermos, ya que ellas deben proporcionar una educación personalizada.
- El material con el que se cuenta en las aulas hospitalarias no es suficiente para la cantidad de niños/as existentes, ya que al ser este un programa nacional de aulas hospitalarias perteneciente a la Fundación Juan José Martínez, no cuenta con los recursos necesarios para cada niño/a.
- No cuenta con una infraestructura apropiada, ya que realizan su trabajo en sitios proporcionados por el hospital, los cuales son adecuados a las necesidades de los niños/as.

**4. ¿Cree usted que este programa nacional de aulas hospitalarias satisface las necesidades e intereses de los niños/as?**

Si ha mejorado indiscutiblemente la calidad de vida del estudiante oncológico al ingresar al hospital, ya no es la monotonía de antes de pensar en dolor, en el tratamiento en la estadía, ahora cuando llegan es pensando en las maestras y en los que se tiene planificado para ese día, lo mismo sucede con el padre de familia aunque no se tope materias para nivelar o avanzar curricularmente la simple compañía de las maestras hospitalarias levanta el autoestima de ellos es un cambio al pensamiento de hospital, las múltiples actividades extracurriculares que se realizan es igual a las que se realizan en una escuela regular, asimismo el estar pendiente del avance curricular ayuda mucho, ya que el niño/a ya no se enfrasca en pensar en su enfermedad sino en realizar los deberes y cumplir con sus lecciones tanto para su escuela de origen como en el hospital, además ellos no se sienten marginados pues las maestras realizan seguimiento de avances curriculares, se dialoga y capacita a las maestros/as de los estudiantes oncológicos, para evitar la soledad y discriminación.

## **Comprobación de hipótesis**

Como punto importante en cualquier investigación la comprobación o negación de la hipótesis es fundamental. En lo que corresponde a la presente investigación la comprobación de la hipótesis planteada se lo ha realizado utilizando la técnica de comprobación directa verificable, de carácter textual y que tiene como fundamento los datos obtenidos en la investigación los mismos que me permiten confirmar la hipótesis formulada en concordancia con cada una de las preguntas planteadas a los estudiantes oncológicos, padres y madres de familia, maestras hospitalarias y directora de la fundación, y que en forma general lo explico a continuación.

### **Hipótesis:**

Las metodologías que aplica la Fundación Juan José Martínez en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños de 4 a 6 años del hospital de SOLCA, está orientada a trabajar según las necesidades e intereses del niño/a.

Esta hipótesis se la comprueba mediante un análisis de las dos pruebas realizadas a los niños/as, Prueba para evaluar el aprendizaje significativo en niños con cáncer de 4 a 6 años del hospital de SOLCA y Prueba para evaluar las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje, las entrevistas que se les realizo a las maestras hospitalarias y a los padres y madres de familia y a la directora de la fundación.

En esta investigación se ha confirmado la hipótesis, ya que las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza - aprendizaje en niños de 4 a 6 años del hospital de SOLCA, si está orientada a trabajar según las necesidades e intereses del niño/a, pues se pudo evidenciar una mejora indiscutiblemente en la calidad de vida del estudiante oncológico al ingresar al hospital, ya que ahora van con la mentalidad de no solo asistir a consulta o a hospitalización, sino que ahora vienen con la ilusión

de hacer algo divertido, de realizar sus tareas escolares juntamente con las maestras hospitalarias y sus compañeros de aula y de lucha diaria, lo mismo sucede con el padre de familia aunque no se tope materias para nivelar o avanzar curricularmente la simple compañía de las maestras hospitalarias levanta el autoestima de ellos, es un cambio al pensamiento de hospital, las múltiples actividades extracurriculares que se ejecutan es igual a las que se realizan en una escuela regular, asimismo el estar pendiente del avance curricular ayuda mucho, ya que el niño/a ya no se enfrasca en pensar en su enfermedad sino en realizar los deberes y cumplir con sus lecciones tanto para su escuela de origen como en el hospital, además ellos no se sienten marginados pues las maestras realizan seguimiento de avances curriculares, se dialoga y capacita a las maestras/os de los estudiantes oncológicos, para evitar la soledad y discriminación.

En relación a las metodologías que se aplican en el proceso educativo, esto depende de cada escuela, ya que cada una de ellas utiliza varios métodos y las maestras se acoplan a esas metodologías y así avanzan con el currículo del niño/a. Pero primero que todo aplican la teoría humanista como base, puesto que deben tener conocimiento de la conducta humana, ya que así la maestra hospitalaria conocerá al educando en todas sus dimensiones, es decir podrá manejar la situación de agresión, tristeza, depresión en el niño que le produce los tratamientos y hospitalizaciones, además integrará al niño en su rol activo en su aprendizaje, esto ayudará a que los niños/as se reconozcan como seres únicos con habilidades y destrezas, a pesar de su condición física.

Luego de haber trabajado con el niño de una manera humana, afectiva se trabaja el área curricular, es decir se fundamentan en la teoría cognitiva constructivista, la cual mira al estudiante como el constructor de su propio aprendizaje, ya que construye nuevas ideas o conceptos basados en conocimientos presentes y pasados, es decir, el aprendizaje se forma construyendo nuestros propios conocimientos desde nuestras propias experiencias. Todo esto ayuda al niño oncológico a trabajar para clarificar y ordenar sus ideas, además para contar sus conclusiones o logros al resto de compañeros.

Es importante observar que el constructivismo en sí mismo no sugiere un modelo pedagógico determinado. De hecho, el constructivismo describe cómo sucede el aprendizaje, sin importar si el que aprende utiliza sus experiencias para entender una conferencia o intenta diseñar un aeroplano. En ambos casos, la teoría del constructivismo sugiere que construyen su conocimiento.

Como complemento a esta teoría trabajan con el método activo, es decir toman en cuenta el desarrollo de la clase contando con la participación del alumno/a. La clase se desenvuelve por parte del alumno/a, convirtiéndose el profesor/a en un orientador, un guía, un incentivador y no en un transmisor de saber; y a la teoría constructivista cognoscitiva, la cual dice que el alumno/a va construyendo su propio conocimiento a través de experiencias siempre con guía de la maestra/o. Además el propósito fundamental de esta teoría es que la niña y niño construya un sentido de autoestima y de estima a los demás, que exprese libremente sus emociones y sentimientos, que aprenda a respetar a los demás incrementando la socialización integral y finalmente que resuelva sus problemas cotidianos.

## CONCLUSIONES

- Las metodologías que se aplican en el proceso de enseñanza – aprendizaje, trabajan primero con el ser humano, de una manera humana, afectiva y personalizada, en donde los niños/as oncológicos adquieren confianza, autoestima y seguridad en ellos mismos, para que de esta manera puedan crear su propio conocimiento a través de experiencias.
- Estas metodologías trabajan según las necesidades e intereses del niño/a, ya que su objetivo primordial es el bienestar total del niño/a, que él aprenda a través de las experiencias vividas, es por ello que se puede dar cuenta que estos niños/as por el hecho de su enfermedad han madurado más para la edad que tienen, son más responsables en sus tareas escolares, y viven su vida a plenitud juntamente con su familia.
- Se ha podido cumplir los objetivos propuestos dentro de esta investigación, ya que se dio a conocer las dificultades que tienen los niños/a oncológicos en el proceso de enseñanza – aprendizaje, es decir, pérdida de memoria, falta de concentración, debilidad, además depende del tipo de cáncer y de tratamiento que el niño/a esté recibiendo por otro lado este programa de aulas hospitalarias ha mejorado la calidad de vida de los niños/as, ya que se trabaja en función de él, y finalmente se puede evidenciar que estas metodologías satisfacen las necesidades e interés del niño/a, ya que tienen los conocimientos básicos necesarios para su edad y nivel escolar, además se trabajan actividades extracurriculares en donde él niño/a es el actor principal.
- El programa de aulas hospitalarias es una herramienta fundamental dentro de la educación, ya que trabaja con el niño/a en un ambiente hospitalario, no lo margina ni rechaza, lo ayuda a seguir con sus labores curriculares a pesar de sus

largas estadías en el hospital, además uno de los derechos de los niños/as es el derecho a una educación y este programa lo está cumpliendo a cabalidad.

- Los niños/as a pesar de sus largas estadías en el hospital, tienen un buen nivel académico, esto es posible gracias a las adecuadas metodologías que las maestras hospitalarias aplican con cada uno de los niños/as.
- Al aplicar las pruebas para evaluar el aprendizaje significativo, se pudo evidenciar que la mayoría de los niños/as pudieron realizarlas sin ningún problema, a pesar de que dos de ellas estuvieron hospitalizadas, pero Michelle quien a causa de su herida no pudo culminarla ella misma, pero la hizo con ayuda.

## RECOMENDACIONES

- El programa nacional de aulas hospitalarias de la Fundación Juan José Martínez es muy importante para los niños oncológicos, pero se debe incrementar la cantidad de docentes ya que son muchos estudiantes oncológicos para solo dos maestras que existen en cada uno de los hospitales Baca Ortiz y SOLCA.
- Se debe incrementar los recursos didácticos para el programa nacional de aulas hospitalarias, ya que solo se manejan con donaciones que recibe la fundación, esto se puede lograr mediante la gestión de estudiantes de las distintas carreras de la universidad, pero en especial de la carrera de pedagogía, ya que nuestra labor docente va más allá de dar clases.
- Debe existir una buena infraestructura para que los niños/as se sientan más cómodos, ya que son lugares reducidos y adaptados para sus tareas.
- Se debe estimular a las docentes a prepararse en el ámbito hospitalario, ya que la educación va más allá del aula de clases regular, esto se lograría con la ayuda de la directora de la carrera de pedagogía, ya que en la actualidad nos preparan para trabajar con niños especiales, es decir, niños/as con síndrome de down, autistas, parálisis cerebral, etc., pero no para trabajar con estos niños/as, quienes por su situación física no pueden asistir a su centro infantil regularmente.
- Deben prepararse a futuras docentes para que trabajen lo que es el área plástica, en otras palabras, una docente especializada en técnicas grafoplásticas, para que pueda ayudar a los niños/as a reforzar su motricidad fina, ya que esta se ve afectada por los tratamientos, además lo ayuda a distraerse y a aprender de una manera divertida.

- Se debe realizar nuevas investigaciones sobre la pedagogía hospitalaria, las aulas hospitalarias, el rol del docente hospitalario, y muchos aspectos más, ya que este es un campo poco explorado, pero que necesita ser investigado, ya que en la actualidad la Fundación Juan José Martínez está trabajando por su bienestar total.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

### Textos:

- BARBERÁ, Elena, *La educación en la red: Actividades virtuales de enseñanza y aprendizaje*, Editorial CEPE
  
- BISQUERRA, Alzina, Rafael. *Metodología de la investigación Educativa*. 1ª Edición 2004, Editorial La Muralla S.A. p. 55 – 70.
  
- BRAIDO, P, Simoncelli, M, Gianola, P, *Educación: Pedagogía y Didáctica*. Editorial Morata, p. 58 – 72.
  
- CABALLERO, Cipriano, *La niñez, la familia y la comunidad*, Organización Panamericana de la Salud, Programa AIEPI. 2004. p.208 – 213.
  
- CABALLERO, Soto, Solange Ana María, *Investigación Educativa, Aula Hospitalaria un Camino a la Educación Inclusiva*, vol. 11 nº 19. p. 153 – 161, Enero – Junio 2007.
  
- CARVALHO, Mello Irene, *Biblioteca de Cultura Pedagógica*, I Edición: Mayo 1974, Editorial Kapelusz, Buenos Aires - Argentina, p. 31 – 40.
  
- CROMWELL, Gertrude E., *La salud del niño en su relación con la Educación*. Editorial Paidós, p. 24 – 30.
  
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Madrid – España Real Academia Española, XXI ed. 1992.

- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA OCEANO, *La psicología y su evolución*, Editorial OCEANO, España-Barcelona. P. 204-206.
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA OCEANO, *El desarrollo del niño*, Editorial OCEANO, España-Barcelona, p. 117 – 130.
- FERRER, Juilia, Ferran. *La Educación comparada actual*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires-Argentina, p. 87 – 94.
- GÓMEZ, Juan Pedro, *Aprendizaje centrado en el alumnado: metodología para una escuela abierta*, Editorial Narcea.
- GRAU RUBIO, Claudia, González, Carmen, *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*, Editorial ALJIBE S.L. 2001, Málaga – España.
- GUÍA PARA LOS PADRES, *El mundo de los niños*, Volumen 15, Editorial SALVAT EDITORES, S.A., Mallorca, Barcelona, p. 47-61.
- HARING, Norris, G. *Métodos de educación especial*, Editorial Espacio, España-Madrid,
- HERNÁNDEZ, Santiago, Tirado Benedi, domingo. *La ciencia de la educación*. Editorial Morata. p. 24 – 45.
- MEDINA, Rivilla. *Didáctica e Interacción en el aula*. Cincel – Kapetusz, Madrid – España, 1988.

- NUEVA ENCICLOPEDIA PEDAGÓGICA DEL ECUADOR, Serie II, *Psicología y Educación del Escolar*, Editorial Paidós, Buenos Aires-Argentina, p. 135 – 143.
- PALLADINO, Enrique, *Diseños curriculares y calidad educativa*, Editorial Paidós.
- PAUCAR, René, *La relación maestro – alumno en la enseñanza escolar, propuesta de una metodología no directiva*. P.U.C.E. Facultad de Filosofía y Pedagogía; Especialidad: Pedagogía, Quito.
- RODRIGUEZ, Fraga, Rafael. *Didáctica de la Educación Superior*, Material inédito, Quito – Ecuador, Mayo del 2005.
- SOBREVILA, Marcelo, A., *Didáctica de la educación técnica*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires – Argentina 1988, p 63 – 67.
- SOTOMAYOR, Magdalena, *Lineamientos de adaptaciones curriculares para niños con necesidades educativas especiales en edad escolar en el proceso de integración educativa en el taller infantil “Método Montessori en el año lectivo 2001 – 2002”*. U.P.S. Facultad de Ciencias Humanas y de LA Educación; Especialidad: Pedagogía, Quito 2002.
- UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA, *El alumno Enciclopedia de Pedagogía*, editorial Espasa, p. 93 – 96.

## Páginas Web:

- ARCINIEGAS, Darlene, *Metodología para la planificación de proyectos pedagógicos de aula en la educación inicial*. Fecha: 20 de junio del 2010.  
<http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2007/archivos/proyectos.pdf>
  
- CARDENAS, Rocío, *Hacia la construcción de un modelo social de la pedagogía hospitalaria*. Fecha: 03 de junio del 2010.  
[http://www.google.com.ec/search?hl=es&source=hp&q=criterios+metodo+pedagogicos+a+seguir+para+la+intervenci%C3%B3n+en+un+medio+hospitalario&meta=&rlz=1W1ADBF\\_es&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs\\_rfai=](http://www.google.com.ec/search?hl=es&source=hp&q=criterios+metodo+pedagogicos+a+seguir+para+la+intervenci%C3%B3n+en+un+medio+hospitalario&meta=&rlz=1W1ADBF_es&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=)
  
- GODOY, Haeberle, Alejandra, *Objetivo de la pedagogía hospitalaria*. Fecha: 15 de mayo del 2010.  
<http://blogalejandragodoyh.bligoo.com/content/view/614167/Objetivos-de-la-Pedagogía-Hospitalaria.html#content-top>
  
- LOGOPEDIA: Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/habla/disartria.htm>
  
- SUÁREZ, Rueda, Mariana, *Pedagogía hospitalaria, una alternativa para menores enfermos*. Fecha: 15 de mayo del 2010.  
[www.elexpectador.com/Pedagogíahospitalaria, una alternativa para menores enfermos.htm](http://www.elexpectador.com/Pedagogíahospitalaria,unaalternativa para menores enfermos.htm)
  
- TERAPIA-OCUPACIONAL.COM. El portal en español de terapia ocupacional. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/espasticidad.html>.

- WIKIPEDIA, La enciclopedia libre. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Afasia>
  
- WIKIPEDIA, La enciclopedia libre. Fecha: 10 de octubre del 2010.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Ataxia>
  
- WIKIPEDIA, *Pedagogía hospitalaria*. Fecha: 18 de mayo del 2010.  
[www.wikipedia.com/pedagogíahospitalaria.htm](http://www.wikipedia.com/pedagogíahospitalaria.htm)

# ANEXOS

**ANEXO N°1**

**Libretin y esquelita**

## ANEXO N° 2

Las fotografías expuestas en esta investigación tienen la autorización de los padres y madres de familia del hospital.



**ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES**



