



Facultade de Ciencias da Educación

Traballo de
fin de grao

Modalidade 1

“Traballo de iniciación á
investigación documental”

Titora: María Adelina Guisande Couñago

O alumnado de
Educación Infantil nas
aulas hospitalarias

A educación emocional
como resposta educativa

Alumna: Laura García Docampo

Grao en Mestre/a de Educación Infantil

Xullo 2015

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Ciencias da Educación da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Mestre/a de Educación Infantil

**O alumnado de Educación Infantil
nas aulas hospitalarias.**

A educación emocional como resposta educativa.

**El alumnado de Educación Infantil
en las aulas hospitalarias**

La educación emocional como respuesta educativa.

The preschool students in hospital classrooms.

The emotional education as an educational response.

Resumo

Na actualidade, cada vez son máis os profesionais que defenden o principio de individualización como eixo vertebrador da Educación Infantil. A idea de inclusión deu lugar a colectivos cada vez máis dispersos e con características claramente diferenciadas, sendo as escolas hospitalarias un dos exemplos máis destacables en canto á diversidade.

Resultado da falta de investigacións e a situación pouco visible destes espazos, este contexto educativo tórnase nun lugar pouco coñecido. Sen embargo, o alumnado das escolas dos hospitais ten dereito a poder desenvolverse da mesma forma que os iguais que participan paralelamente nas aulas ordinarias, independentemente da complexidade que supoña este proceso, debido ás súas limitacións e dificultades, consecuencia da situación que están a atravesar.

Por outro lado, fronte á ensinanza de novos contidos curriculares, existe un aliciente moi complicado sobre o que traballar, o ámbito emocional. Por iso, a maiores de facer referencia a estas aulas e ás características do alumnado das mesmas (especialmente centrado nos de longa hospitalización, por ser os que máis sofren as consecuencias deste período), se pretende facer unha achega de posibles propostas prácticas que contribúan a paliar os efectos adversos, empregando a educación emocional como base para o desenrolo das diferentes competencias educativas.

Palabras chave: alumnado hospitalizado, aula hospitalaria, educación emocional, pedagogía hospitalaria, diversidade.

Resumen

En la actualidad, cada vez son más los profesionales que defienden el principio de individualización como eje vertebrador de la Educación Infantil. La idea de inclusión dio lugar a colectivos cada vez más dispersos y con características claramente diferenciadas, siendo las escuelas hospitalarias uno de los ejemplos más destacados en cuanto a diversidad.

Resultado de la falta de investigaciones y la situación poco visible de estos espacios, este contexto educativo se transforma en un lugar poco conocido. Sin embargo, el alumnado de las escuelas de los hospitales tiene derecho a poder desarrollarse de la misma forma que los iguales que participan paralelamente en las aulas ordinarias, independientemente de la complejidad que suponga este proceso,

debido a sus limitaciones y dificultades, consecuencia de la situación que están atravesando.

Por otro lado, frente a las enseñanzas de nuevos contenidos curriculares, existe un aliciente muy complicado sobre el que trabajar, el ámbito emocional. Por eso, a mayores de hacer referencia a estas aulas y a las características del alumnado de las mismas (especialmente centrado en los de larga hospitalización, por ser los que más sufren las consecuencias de este período), se pretende hacer una aproximación de posibles propuestas prácticas que contribuyan a paliar los efectos adversos, utilizando la educación emocional como base para el desarrollo de las diferentes competencias educativas.

Palabras clave: alumnado hospitalizado, aula hospitalaria, educación emocional, pedagogía hospitalaria, diversidad.

Abstract

Currently, there is an increasing amount of professionals who defend the individuality principle as the main support of Preschool Education. Due to the idea of inclusion, dispersed groups with clearly distinguished characteristics have appeared, being hospital classrooms one of the most prominent examples of diversity.

As a result of the lack of investigations and the not too visible situation of these classrooms, this educational context becomes an unknown matter. However, in spite of the limits and difficulties that appear due to this situation, students from hospital classrooms have the same right to develop themselves in the same way than equals who attend regular schools.

In another order of things, the "emotional field" becomes a very complicated aspect we should work at, in addition to curricular contents. This project refers to these classrooms and characteristics of the students (especially long-term hospitalization children, being the ones who suffer the consequences of this period the most) and, at the same time, it also refers to practical proposals that could help to avoid adverse effects, using emotional education as a support for the development of different educational competences

Keywords: Hospitalized students, hospital classroom, emotional education, hospital pedagogy, diversity.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
BLOQUE I: As aulas hospitalarias	4
1. Orixe das escolas hospitalarias.....	4
2. Que son as aulas hospitalarias? Características, beneficios, obxectivos e dificultades..	5
3. O espazo e os materiais nas aulas hospitalarias.....	7
4. O rol do profesorado das aulas hospitalarias.....	9
BLOQUE II: O alumnado de Educación Infantil nas aulas hospitalarias.....	11
1. O alumnado das aulas hospitalarias.....	11
2. Características do alumnado de Educación Infantil hospitalizado.....	12
3. Proceso de ensinanza – aprendizaxe do alumnado hospitalizado.....	17
BLOQUE III: Necesidade de intervención emocional no ámbito hospitalario. Propostas prácticas para o alumnado de Educación Infantil (0 – 6 anos).....	20
1. Perfil emocional do alumnado de Educación Infantil das aulas hospitalarias.....	20
2. Xustificación e necesidade da Educación Emocional co alumnado de Educación Infantil hospitalizado.....	21
3. Propostas prácticas para a intervención emocional co alumnado de Educación Infantil do ámbito hospitalario.....	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS.....	28
Bibliografía.....	28
Webgrafía.....	29

ANEXOS.....	31
Anexo I: Lexislación sobre as aulas hospitalarias.....	32
Anexo II: Atención á familia e ao seu entorno.....	36
Anexo III: Atención educativa domiciliaria.....	38
Anexo IV: A volta á escola do alumnado hospitalizado.....	39
Anexo V: Exemplos de actividades para traballar as emocións nas aulas hospitalarias.....	41
Anexo VI: Propostas alternativas para desenvolver actividades de Educación Emocional nas aulas hospitalarias.....	56

INTRODUCCIÓN

Tentar mirar un folio en branco e explicar en só 30 páxinas a verdadeira complexidade das aulas hospitalarias e as singularidades do alumnado de Educación Infantil que alí se atopa, tórnase nunha tarefa complexa e dificultosa. Non só as metodoloxías flexibles, actividades variadas, peculiaridades dispares, constitúen a súa marca de identidade, senón que este espazo de ensino-aprendizaxe vai máis alá. Baseándose nunha metáfora, Facio, Fernández e Porta (2010) sinalan que se trata dun oasis durante a estancia hospitalaria para nenos e nenas de diferentes idades e características, que lles permite, por un tempo, evadirse da realidade do hospital, converténdose este espazo nun lugar fundamental nese período da súa vida.

A idea deste traballo aparece como consecuencia de dous motivos principais. Por un lado, ao comprobar como as aulas hospitalarias, fundamentais no desenvolvemento integral do alumnado hospitalizado, son aínda un recurso educativo demasiado descoñecido entre moitos colectivos, sorprendentemente, incluíndo mesmo a persoas do propio grupo docente. Por outra banda, trátase dun grupo de persoas que ten dereito ás mesmas oportunidades educativas que os seus compañeiros/as das aulas ordinarias e por iso o persoal docente debe seguir investigando e progresando no tema.

Con idea de conseguir crear unha verdadeira inclusión de este tipo de educación xurde a necesidade de propoñer alternativas de innovación que axuden a ir máis alá dos aspectos historicamente considerados “importantes”. Este é o caso do incremento da presenza de certas propostas, como a educación emocional, nas aulas de infantil, que se ben se demostran grandes beneficios en todas as escolas, cando nos referimos a un contexto hospitalario, esta idea aínda se ve intensificada.

Partindo destes motivos, xurde a intención de facer este proxecto sobre o alumnado de educación infantil nas aulas hospitalarias, para así poder investigar e pescudar información sobre este tipo de ambiente no que, a maiores das características propias de cada alumno/a, se suman unha serie de peculiaridades, propias da situación na que viven, e que dificultan aínda máis a labor docente.

Alén disto, despois da experiencia adquirida tras tres anos como voluntaria dunha destas escolas, síntome na obriga de facer un apartado concreto incidindo na intervención emocional como unha forma imprescindible de traballo nas aulas porque, tal e como indica Bisquerra (2000), “a educación debe orientarse ao pleno desenvolvemento da personalidade do alumnado. Isto implica que o desenvolvemento cognitivo debe complementarse co desenvolvemento emocional (p. 13)”. Polo tanto, se nas aulas ordinarias este tipo de Educación é importante, aínda o é máis nestes contextos específicos, nos que é indispensable conseguir un clima de benestar primeiro para poder ensinar despois, xa que independentemente da situación que están a vivir, antes que convalecentes, son nenos/as dispostos a experimentar, descubrir e aprender.

Este traballo, por tanto, persegue diferentes obxectivos xerais que se centrarían en realizar unha pescuda de información sobre un espazo bastante esquecido como o son as aulas hospitalarias, investigar sobre as peculiaridades do alumnado de Educación Infantil destes contextos e recoller información sobre os beneficios da educación emocional como resposta educativa neste ámbito de actuación. Xunto con estes obxectivos principais, atopamos outros máis específicos dos cales se poderían citar, entre outros, os seguintes:

- Analizar e coñecer as principais características destes contextos educativos, do seu alumnado de Educación Infantil e a influencia de diferentes factores (profesorado, organización espazo – temporal, familias...) en todo o proceso educativo.
- Aprender a planificar posibles actividades de educación emocional, con un colectivo tan complexo e variado, coa fin de mellorar o seu desenvolvemento integral, independentemente das limitacións que poida presentar cada alumno/a.

A maiores destes obxectivos, con este proxecto tamén se pretende traballar unha serie de competencias da titulación. Así pois, búscase alcanzar algunhas xerais¹ como as G1, G2, G3, G5, G8, G11 e, a maiores, outras específicas propias de materias como “Psicoloxía do Desenvolvemento (0–3)” “Psicoloxía do desenvolvemento (3–6)”, “Educación Emocional”, “Organización e Xestión da Aula”, etc., das que se destacarían: E4, E19, E21, E22, E30, E55.² Para levar a cabo estes obxectivos e competencias, preséntase un traballo da primeira modalidade “Traballo de iniciación á investigación documental”, no que se realizou unha investigación e análise documental sobre a temática seleccionada, unha realidade educativa pouco investigada dende as ensinanzas de formación do profesorado de Educación Infantil e que supoñen un contexto sobre o que tamén se debe actuar. Así pois, para a realización deste

¹ G1. Comprender os procesos educativos e de aprendizaxe no período de 0-6, no contexto familiar, social e escolar.

G2. Promover e facilitar as aprendizaxes na primeira infancia, desde unha perspectiva globalizadora e integradora das diferentes dimensións cognitiva, emocional, psicomotora e volitiva.

G3. Deseñar e regular espazos de aprendizaxe en contextos de diversidade que atendan ás singulares necesidades educativas dos estudantes, á igualdade de xénero, á equidade e ao respecto aos dereitos humanos.

G5. Reflexionar en grupo sobre a aceptación de normas e o respecto aos demais. Promover a autonomía e a singularidade de cada estudante como factores de educación das emocións, os sentimentos e os valores na primeira infancia

G8. Coñecer fundamentos de dietética e hixiene infantís. Coñecer fundamentos de atención temperá e as bases e desenvolvementos que permiten comprender os procesos psicolóxicos, de aprendizaxe e de construción da personalidade na primeira infancia.

G11. Reflexionar sobre as prácticas de aula para innovar e mellorar o labor docente. Adquirir hábitos e destrezas para a aprendizaxe autónoma e cooperativa e promovela nos estudantes.

² E.4. Recoñecer a identidade da etapa e as súas características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociais, afectivas.

E 19. Comprender que a dinámica diaria en educación infantil é cambiante en función de cada estudante, grupo e situación e saber ser flexible no exercicio da función docente.

E.21. Saber traballar en equipo con outros profesionais de dentro e fora do centro na atención a cada estudante, así como na planificación das secuencias de aprendizaxe e na organización das situacións de traballo na aula e no espazo de xogo, identificando as peculiaridades do período 3-6

E 22. Atender as necesidades dos estudantes e transmitir seguridade, tranquilidade e afecto.

E 30. Participar na elaboración e seguimento de proxectos educativos de educación infantil no marco de proxectos de centro e na colaboración co territorio e con outros profesionais e axentes sociais.

E55. Saber utilizar o xogo como recurso didáctico, así como deseñar actividades de aprendizaxe baseadas en principios lúdicos.

documento, se seguiron diferentes fases. Unha fase primeira de busca inicial na que se consultou o Catálogo IACOBUS da Biblioteca da Universidade de Santiago de Compostela, coa fin de localizar distintos documentos de consulta sobre o tema a tratar e así poder adoptar unha primeira visión global. Para isto, empregáronse diferentes palabras claves como “aulas hospitalarias” ou “alumnado hospitalizado”, entre outras.

A partir desta primeira busca, comezou a perfilarse a idea do traballo en tres bloques. Por un lado, as aulas hospitalarias, por outro, o alumnado destes contextos educativos e as súas características e, un terceiro bloque destinado á idea de intervención, que neste caso se centraría no ámbito emocional.

Unha vez delimitada esta estrutura, utilizáronse as bases de datos como DIALNET, Psynfo, SciELO ou Google Scholar coa fin de facer unha pescuda máis pormenorizada do tema, así como se realizou unha análise de documentación legislativa e unha busca manual de bibliografía, acudindo novamente ao catálogo IACOBUS e reunindo desta maneira, unha cantidade de información que se foi analizando progresiva e detalladamente, para rematar consultando apartados máis concretos ou pormenorizados de temas ou ideas principais ou ben acudir as reseñas bibliográficas recomendadas nos principais libros de referencia, entre os que destacamos Grau e Ortiz (2001), Urmeneta (2010), Guillén e Mejía (2002), entre outros. Todo este proceso acompañado dunha análise reflexiva dos documentos empregados, non cinguíndose a unha mera recollida de información, senón intentando realizar unha interpretación crítica que permita un mellor achegamento a este contexto educativo.

Conforme á estrutura proposta, aos obxectivos sinalados e despois de revisar todos os documentos, este traballo se organiza en tres bloques diferentes, pero relacionados. En primeiro lugar, o documento farase eco dos aspectos máis salientables das escolas hospitalarias, pasando pola descrición das mesmas, facendo fincapé nas súas funcións, dificultades, singularidades, etc. tendo tamén en conta a súa orixe, para rematar recollendo un apartado sobre o rol do profesorado que traballa nestas escolas de hospital.

Por outra banda, a este primeiro bloque seguiralle un segundo no que se traballarán as características principais do alumnado destas aulas. Primeiramente, farase un percorrido xeral polo tipo de alumnado que nos poderemos atopar, para continuar cun apartado máis específico no que o eixo central será o alumnado de Educación Infantil que asiste á escola hospitalaria, e especialmente o de longa hospitalización, por ser os que máis sofren as consecuencias neste contexto, facendo alusión aos factores que inflúen ao longo da súa estancia.

A continuación, farase referencia a unha terceira parte na que se pretende analizar o perfil emocional do alumnado das aulas hospitalarias e como este se ve influído, como consecuencia da situación que está a vivir. A maiores, despois de facer referencia aos beneficios que persegue a Educación Emocional, se recolle un último apartado que serve

como guía de diferentes propostas prácticas de intervención emocional, adaptadas para o alumnado de Educación Infantil das aulas hospitalarias, e que aparecerán explicados de maneira pormenorizada nos anexos deste traballo.

Para finalizar o traballo, se recolle na última parte as diferentes conclusións que se foron sacando ao longo do proxecto, así como se fará mención ás diferentes aprendizaxes que se foron acadando durante o proceso de elaboración deste Traballo de Fin de Grao. Todo isto, seguido dunha análise que permita dar como resultado un mellor coñecemento sobre a temática, a través do desenvolvemento dun pensamento crítico e reflexivo.

BLOQUE I: As aulas hospitalarias

Este primeiro bloque pretende servir de elemento introdutorio ás aulas hospitalarias. Así pois, se toma como punto de partida os antecedentes que acompañan dito contexto, para seguir completando coas finalidades, funcións, dificultades e características principais destes espazos. Así mesmo, tamén se fai mención especial a aspectos sobre a organización espazo – temporal, para rematar co rol que desempeña o profesorado deste ámbito educativo.

1. Orixe das escolas hospitalarias

As Aulas hospitalarias apareceron por primeira vez en Francia a finais da Primeira Guerra Mundial creando as denominadas Escolas ao Aire Libre, encamiñadas a protexer a saúde infantil. Aínda así, non foi ata finais da Segunda Guerra Mundial cando apareceron de forma definitiva nos hospitais franceses (Guillén e Mejía, 2002).

En España, o funcionamento das Aulas hospitalarias empezaría de forma máis tardía. Nun primeiro momento, foron particulares externos á escola (enfermeiros, auxiliares, etc.) os que se encargaron de xestionar as primeiras escolas hospitalarias. Sen embargo, non foi ata tempo despois, cando estes postos foron ocupados por docentes.

Así pois, Planck (1966) falaba da presenza dunha “asistente infantil” encargada da escola e responsable dos xogos e das comidas dos nenos/as do hospital, sendo sempre unha figura feminina do equipo sanitario e da que se destacan os seus coñecementos no ámbito clínico, fronte ao pedagóxico – educativo.

En canto aos espazos destinados para as aulas dos hospitais, atopámonos con que tal e como recollen os estudos de Roa (2008) e Teijeiro (2010), antes dos anos 50 existían só tres hospitais con aulas hospitalarias, o Clínico San Carlos, desde 1947 e a aula máis antiga de toda España, La Paz, 1965 e El Niño Jesús 1966, que funcionaban de forma illada e practicamente no anonimato. Posteriormente, apareceron os centros vinculados coa Orde Hospitalaria de San Juan de Dios e arredor de 1965 propúxose axudar aos nenos a ir máis alá do punto de vista médico e centrarse tamén nos ámbitos educativo e escolar. Xurdiron desta

forma as Unidades Escolares do Hospital de Oviedo, na Fe de Valencia, en Manresa (Barcelona) e nos madrileños: Niño Jesús, Clínico, Gregorio Marañón e algunha outra.

Destaca tamén dentro deste período, reflectido nun traballo de Leblic (2005), a aparición, en 1974, do Hospital Nacional de Parapléxicos de Toledo, hospital público que, xunto con outros privados, puxeron en marcha unha Sección Pedagóxica dentro do centro hospitalario que buscaba manter os hábitos de traballo e a estimulación das capacidades do alumnado, compensando os posibles efectos da hospitalización.

Nun primeiro momento, estas escolas foron creadas para atender a demanda social e a nenos/as con enfermidades moi específicas, centrándose principalmente na distracción do alumnado, máis que nun verdadeiro seguimento escolar (Fernández, Cáceres e Aznar, 2006). Sen embargo, tal e como sinala Teijeiro (2010), foi aparecendo progresivamente unha intención resolutiva dos problemas de escolaridade dos discentes, así como un propósito por paliar as dificultades que se producían con motivo da hospitalización, tales como a socialización ou a autoestima, entre outros, previndo o “hospitalismo” e contribuíndo á súa estabilidade emocional.

En Galicia, apareceu a primeira escola hospitalaria no ano 1976, no Hospital Xeral de Galicia, que posteriormente se trasladou ao Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, recibindo

o nome de “Escola hospitalaria Camilo José Cela”. Esta primeira escola servirá de modelo para moitas outras que virán despois (Gómez, 2010). Na actualidade, en Galicia existen sete aulas hospitalarias con alumnado de Educación Infantil

(véxase *Ilustración 1*).

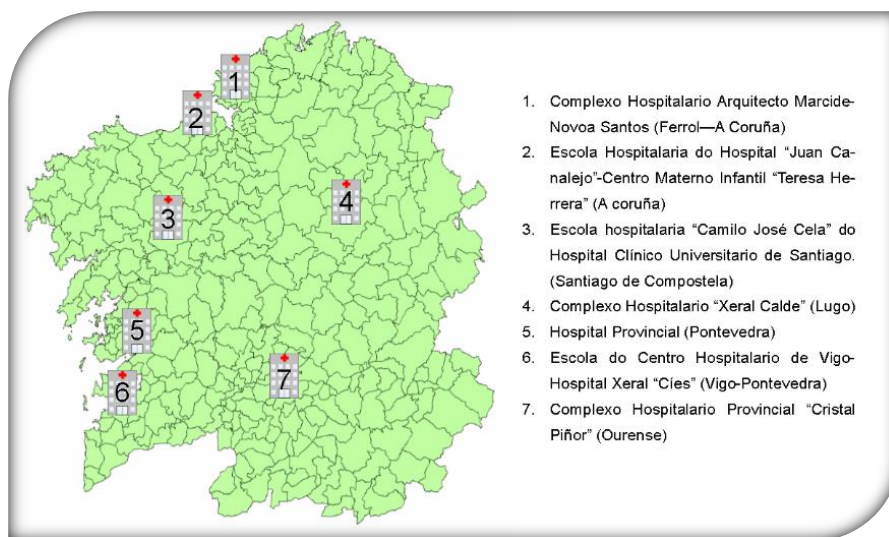


Ilustración 1. Distribución das escolas hospitalarias de Galicia

A pesares de que neste apartado vese reflectido como xa en torno á década de 1950 foron aparecendo as primeiras aulas nos centros hospitalarios, non foi ata 1982 cando apareceu un marco legislativo que amparaba o dereito á educación neste ámbito educativo (véxase *Anexo I*, p. 32).

2. Que son as aulas hospitalarias? Características, beneficios, obxectivos e dificultades

As aulas Hospitalarias son espazos educativos moi específicos situados nos hospitais e que pretenden proporcionar atención educativa a diferentes nenos e nenas que permanecen hospitalizados por motivos e duración moi variable. Como sinala Blas (2014), non é de estrañar que un número bastante amplo da poboación descoñeza este servizo, debido á falta de investigacións e a súa escasa visibilidade, pero a escola do hospital debe de verse máis alá dunha simple unidade apartada. Debemos de considerar este espazo como unha forma inclusiva de Educación, onde se atenda a todo o alumnado, axudándolle a continuar co sistema educativo ordinario que lle corresponde pola súa idade e características.

En Galicia (Xunta de Galicia, 2009), ao igual que na meirande parte de comunidades autónomas, as aulas hospitalarias son espazos situados nos departamentos de pediatría dos principais complexos hospitalarios, onde se atende ao alumnado enfermo a través dun convenio do Servizo Galego de Saúde e a Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Aínda así, o espazo no que se sitúe pode variar en función de si se trata dun hospital xeral ou dun materno – infantil.

Esta escola propónse, por un lado, preparar ao alumnado para afrontar as situacións conflitivas que vai vivir no ámbito hospitalario e, por outro, intentar desenvolver ao máximo as súas potencialidades, tanto a nivel cognitivo e académico, como no ámbito afectivo e de valores (Beltrán, s. d.).

A maiores, as aulas hospitalarias presentan unha serie de beneficios dos que sobresaen algúns dos recollidos por Grau e Ortiz (2001) ou González – Simancas (1990, citado por Urmeneta, 2010) tales como: a busca da normalización do discente ingresado así como a posibilidade de crear unha situación de distracción da realidade que están a vivir, a posibilidade de rescatar da sobreprotección, fomentar a autonomía e a mellora da autoimaxe, o redescubrimento do pracer da aprendizaxe, a redución da ansiedade, o achegamento á vida ordinaria, a posibilidade de expresar as súas ilusións e os seus medos, axudar a estruturar o seu tempo no hospital, etc.

A pesares da existencia destes beneficios, tamén atopamos certas dificultades neste tipo de centros. Os estudos de Grau e Ortiz (2001) recollen varias: o estado físico e psíquico do neno, a diversidade de alumnado na aula, as distintas enfermidades e expectativas en canto a elas, a imposibilidade de establecer tempos concretos de actuación debido á falta de previsibilidade de tempo de hospitalización, etc.

A maiores, as aulas hospitalarias presentan unha serie de obxectivos que deberán incluír: favorecer o desenvolvemento global do neno, evitar a marxinación escolar e social, compensar as deficiencias derivadas da enfermidade, diminuír o estrés e facilitar a integración social, dar continuidade ao proceso de ensino – aprendizaxe durante a hospitalización, conseguir que ao

rematar o período de ingreso se reincorporen á aula ordinaria de maneira satisfactoria, etc. (Caballero, 2007; Grau e Ortiz, 2001; Polaino – Lorente e Lizasoain, 1992).

Por outra banda, é importante ter en conta a existencia dunha dobre coordinación necesaria para a atención positiva do neno/a hospitalizado/a: a coordinación interna que se produce entre o profesorado da aula hospitalaria, o persoal sanitario e a familia e, a coordinación externa que xa se estendería á Administración Educativa, ós equipos de orientación, ó profesorado do hospital e do centro de referencia, etc. (Grau e Ortiz, 2001).

Por tanto, a característica máis salientable das aulas hospitalarias é a súa complexidade e diversidade, xa sexa na capacidade, idade ou procedencia do alumnado. A esta, Urmeneta (2010) suma algunhas outras peculiaridades como o feito de que prima calquera actuación médica fronte a permanecer na escola, se hai unha proba médica, deberá abandonarse a aula ou mesmo recibila alí se é posible; lévase a cabo día a día, non existe unha programación xeral, senón que o docente debe adaptarse ás circunstancias de cada momento; é necesario seguir a metodoloxía e materiais de cada centro educativo de procedencia do alumnado; a relación que se establece cos pais é continua e, por consecuencia, moi estreita; existe o dereito de asistir a estas aulas, pero nos niveis obrigatorios (que non incluírían a etapa educativa na que se centra este traballo, Educación Infantil), non é unha obriga como si acontece nas escolas ordinarias.

Por último, cabe destacar que a aula hospitalaria supón un medio de socialización moi importante dentro do ambiente clínico, sendo as relacións sociais un aspecto fundamental no desenvolvemento normal do neno e nena. Indica Urmeneta (2010) como, ao longo da súa enfermidade, perden practicamente a súa intimidade e as súas relacións redúcense ás posibles existentes con compañeiros hospitalizados. Por este motivo, é fundamental que o infante ingresado non se sinta illado e participe na aula hospitalaria o máximo posible, pois isto facilitaralle o establecemento de relacións interpersoais que a longo prazo se verán reflectidas na súa personalidade e estilo de vida. Pola contra, se se lle priva desta posibilidade de interacción, co tempo prolongado, pode mesmo chegar a crearse un estado de anomia (comportamento social desviado), que influirá negativamente no seu futuro desenvolvemento (González – Simancas e Polaino - Lorente, 1990).

En definitiva, para os nenos e nenas ingresados “a escola é un lugar significativo, un referente na súa vida neses momentos de hospitalización, xa que é o que senten máis próximo á súa vida cotiá interrompida pola hospitalización” (Urmeneta, 2010, p. 138).

3. O espazo e os materiais nas aulas hospitalarias

Como calquera aula, esta debe presentar unha serie de características que permitan adaptarse o mais posible ao alumnado e faciliten o proceso de ensino-aprendizaxe. Nas aulas hospitalarias, esta necesidade intensifícase aínda máis e, seguindo a normativa, en liñas

xerais, as aulas deben presentar (Guillén e Mejía, 2002): unhas dimensións físicas aproximadas aos 25 – 35 metros cadrados, dispoñer de pupitres e cadeiras suficientes, presentar luminosidade e ventilación, facilitar o acceso do alumnado, estar dotada de material didáctico correspondente as aulas ordinarias e ter unha sala duns 8 – 10 metros cadrados para almacenar material. A maiores, tamén será interesante contar cun despacho no que se poidan realizar diferentes reunións. Así mesmo, é fundamental ter en conta o aspecto hixiénico, destacando a necesidade de que, na medida do posible, todo o material estea desinfectado e en boas condicións, pois os nenos se topan nun estado de saúde coas defensas baixas.

En canto aos materiais, Guillén e Mejía (2002) sinalan que será necesario que existan materiais basicamente curriculares que permitan traballar as diferentes áreas do currículo, xogos didácticos que sirvan para apoiar a aprendizaxe e unha ampla biblioteca de aula que abrangue diferentes temáticas e estea destinada para idades moi variadas. Tamén será interesante contar con outro material como libretas, cartolinas, folios, ceras, etc. e os documentos característicos dos centros ordinarios, nos que se inclúen as fichas de seguimento, as de préstamo de material, o rexistro de alumnado, etc.

A maiores, os recursos informáticos e as novas tecnoloxías pasan a supoñer un elemento fundamental nas aulas hospitalarias xa que o uso do ordenador facilítalles acceder á información de maneira sinxela e interesante, ao mesmo tempo que lles permite comunicarse co exterior ou mesmo con alumnado doutras aulas hospitalarias ou coa súa aula de orixe. Destacan, por exemplo, o Programa “Teleeducación en Aulas Hospitalarias” proposto polo Ministerio de Educación e Cultura ou o programa (Guillén e Mejía, 2002), “*Conoce tu hospital*”, que se centra na atención educativa ao neno/a hospitalizado/a no C. H. Universitario de Santiago de Compostela (Doval, Estéves, Gómez, Otero e Seijas, 2003, citado por Roa, 2008), así como o convenio co proxecto E-Hospital³ (Xunta de Galicia, 2009).

En Galicia, o SERGAS é quen proporciona os espazos axeitados e se encarga do mantemento destes en colaboración co persoal sanitario. A Consellería de Educación e Ordenación Universitaria proporciona e financia os recursos materiais necesarios, con axuda en ocasións de certas iniciativas privadas que realizan doazóns (Xunta de Galicia, 2009).

Un aspecto fundamental co que se debe ter moito coidado é o indicado por Ullán e Hernández (2005) sobre o feito de que non estean presentes na aula materiais asociados a elementos de angustia e malestar que poidan provocar nos nenos reaccións emocionais negativas, os denominados mediadores ambientais simbólicos (por exemplo, tesoiras ou bisturís). O efecto contrario é o producido polos distensores ambientais simbólicos (un debuxo de algo coñecido polo alumnado ou un boneco familiar), que se asocian a emocións positivas e si deben formar parte deste espazo. O mesmo acontece cos elementos decorativos, a iluminación e a cor, así

³ Páxina web do proxecto: <http://www.ehospital-project.net/>

como o acceso visual a un exterior cunha boa calidade paisaxística, serán aspectos fundamentais a ter en conta.

Moitas veces o material educativo do que podemos dispoñer nun hospital é máis ben escaso. Sen embargo, pódese ver este lugar como unha posible fonte de recursos que facilite o proceso de ensino-aprendizaxe, xa sexa creando centros de interese a través do propio hospital ou das distintas situacións ou profesionais que alí traballan. Desta maneira, non só se estará avanzando no proceso de ensinanza, senón que se estará probablemente traballando aspectos sobre o propio medo infantil e superándoos de maneira inconsciente.

En relación á organización temporal, esta debe de ser flexible xa que dependerá do estado de saúde do discente, pero debe intentarse que abarque o tempo suficiente como para garantir unha adecuada atención educativa. É necesario ter en conta que as horas do día deben de repartirse entre diversas actividades (véxase *Ilustración 2*) e que teñen que respectarse sempre todos os procesos clínicos e diagnósticos, así como a alimentación e a hixiene, repartindo



despois disto, as actividades educativas, sociais e lúdicas (Ullán e Hernández, 2005).

Ilustración 2. Distribución temporal (Ullán e Hernández, 2005, p. 68)

Por último, é importante destacar a idea que propón S. A. M. Caballero (2007) ao dicir que, se se realizan actividades na organización temporal que fagan referencia a festividades externas, como pode ser Nadal, chegada da primavera, etc. axudan a que os nenos hospitalizados se sintan parte do que está fóra das paredes do hospital e, como consecuencia, se sintan mellor animicamente.

4. O rol do profesorado das aulas hospitalarias

Ao igual que en calquera aula ordinaria, na escola hospitalaria tamén será necesaria a presenza dun profesional da educación. Este docente debe ser o encargado de prestar atención educativa ao alumnado hospitalizado, mantendo o contacto diario coa familia así como co centro de referencia do neno ou nena ingresado/a (Grau e Ortiz, 2001). O profesorado das aulas hospitalarias deberá, por tanto, axudar, reforzar e apoiar, tanto de maneira psicolóxica como educativa, ao neno hospitalizado, intentando levar a cabo unha normalización da súa vida.

O mestre/a hospitalario ten como función principal, a docente e, a esta se suman outras (Abeal e Doval, 2000; Álvarez, 2003; Grau e Ortiz, 2001; Guillén e Mejía, 2002; Ochoa e Lizasoán, 2003; Serradas, 2010; Violant e Molina, 2010): función preventiva (constituíndo programas e actividades que contribúan á adaptación dos nenos á enfermidade e á hospitalización, previndo as posibles dificultades que leven a un retraso escolar), integradora (realizando

programas obxectivos e actividades tendo en conta a diversidade e as particularidades e individualidades de cada alumno), educativa, compensatoria e normalizadora (empregando unha intervención educativa que garanta, polo menos, a consecución dos niveis mínimos esixidos de acorde á idade escolar, facendo as adaptacións materiais e curriculares oportunas), terapéutica e comunicativa (desenvolvendo unha actividade lúdico – creativa, evitando o aburrimiento nos pacientes infantís e servindo como forma de comunicación e normalización das súas vidas, ofrecendo asesoramento aos pais, mantendo unha continuada coordinación cos servizos sanitarios á vez que educativos do centro de referencia, etc.).

O mestre/a ou pedagogo/a hospitalario debe realizar tal e como sinalan González – Simancas e Polaino - Lorente (1990) unha labor con dobre dirección. Por un lado, debe ensinar ao discente hospitalizado, respectando en todo momento as características do alumnado e o estado no que se tope, por outro, debe de colaborar co persoal sanitario sendo consciente de que a curación do neno enfermo é a meta prioritaria a calquera aprendizaxe.

Entre outras habilidades, salientando o dito por Álvarez (2003), hai que sinalar que o profesorado de hospital debe de ser sensible, comprensible, capaz de traballar en equipo coa familia e co persoal sanitario, saber enfrontarse ante o sufrimento alleo, ofrecer un ambiente adecuado, dar apoio moral e emocional ao neno e aos familiares, saber escoitar e estimular a autoconfianza e seguridade do neno, axudar á familia na elaboración dun clima emocional beneficioso para o neno, mostrar fortaleza para afrontar a dureza da tarefa, etc. A maiores, ao tratarse dun traballador nun contexto peculiar como o hospital, debe de ser fundamental as funcións suasiva (de aceptación do oínte) e sodalicia (de compañía). Ademais, deberá de ter coñecemento sobre as novas tecnoloxías, así como coñecer diferentes técnicas psicolóxicas e lúdicas que permitan achegarse ao alumnado e facilitar o seu tempo de hospitalización.

En relación á xornada do profesorado do hospital, Barbarín, Bariáin, Bellosos e Sádaba (2010) coinciden en que adoitan seguirse unhas rutinas matinais que comezan a primeira hora da mañá informándose sobre os nenos ingresados do día, continúa cun percorrido polas habitacións para comprobar o estado dos diferentes nenos, á vez que informan sobre a existencia do servizo da escola. Posteriormente, xa na propia escola, preparan actividades educativas adaptadas a cada neno para realizar pola mañá. Pola tarde, estas actividades educativas se ven complementadas polas de ocio, que adoitan poñer en práctica voluntarios ou colectivos sen ánimo de lucro.

Por ultimo, hai que facer referencia a que se a formación continua supón un elemento clave no proceso formativo dun mestre, nos casos de docencia hospitalaria, tal e como indica Lizasoáin e Lieutenant (2002), aínda recobra maior importancia, xa que o grupo de alumnado que pode ter nunha aula hospitalaria cambia continuamente as súas características e por ese motivo é importante unha persistente readaptación, destacando a necesidade dunha formación que se

prolongue ao longo de todo o traxecto profesional e que permita adaptarse a unhas condicións de traballo en continua evolución.

BLOQUE II: O alumnado de educación infantil nas aulas hospitalarias

Cada un dos distintos discentes que nos podemos topar nas aulas ten unhas características e peculiaridades que o diferencian dos demais e o fan único/a. A maiores, nas aulas hospitalarias, o alumnado non só presenta unha gran diversidade de características físicas, emocionais e cognitivas, senón que se ven acompañadas de outras moitas que comparten debido á situación e contexto no que se atopan, o cal repercute no seu proceso de ensino – aprendizaxe.

1. O alumnado das aulas hospitalarias

Á hora de facer referencia ao tipo de alumnado nas aulas hospitalarias temos que ter en mente que é moi diverso e con características moi diferentes en función de distintas variables: tipo de enfermidade, tempo de hospitalización, idade, etc.

Os discentes que atopamos nas aulas hospitalarias se diferencian, tal e como recollen Grau e Ortiz (2001), en función do tipo de hospitalización: crónicas ou de longa hospitalización (máis de 30 días), de media hospitalización (15 – 30 días) e de curta hospitalización (menos de 15), tendo preferencia na asistencia educativa o alumnado de maior período de hospitalización. A nivel autonómico, recolle a Xunta (2009) no documento de “Atención educativa hospitalaria e domiciliaria en Galicia” que o alumnado de longa e media hospitalización recibirán atención educativa en coordinación co centro de orixe, a diferenza dos de curta hospitalización, que realizarán actividades lúdico – educativas de carácter xeral.

Dentro das enfermidades de longa hospitalización, Grau (2001) divide estas en distintos grupos: as enfermidades crónicas que abarcan cancro e todos os tipos concretos do mesmo, a diabetes, a fibrosis quística, hemofilia, SIDA, asma, epilepsia, trastornos alimentarios, insuficiencia renal crónica e, enfermidades con trastornos ortopédicos e neurolóxicos (espina bífida, lesións de medula espiñal e traumáticas do cerebro, neurofibrositose, distrofia muscular, osteoxénese imperfecta, etc.).

A esta división se suma outra baseándose na mobilidade dentro do hospital, diferenciando aos alumnos que poden desprazarse á aula hospitalaria, os que non poden andar por prescrición facultativa e os que deben permanecer na súa cama e habitación (Guillén e Mejía, 2002). Aínda así, recolle Grau (2001) que a meirande parte dos pacientes infantís que adoitan permanecer longos períodos de hospitalización non necesitan estar confinados na cama ou na habitación, salvo durante certos períodos, e coas axudas necesarias, poden perfectamente desprazarse á aula.

O alumnado dun ou doutro tipo distribúese de forma moi desigual en función das patoloxías que se atendan nun hospital ou outro, e á extensión xeográfica. A isto se suma a variedade de necesidades educativas de alumnos coas que nos imos topar, podendo ser permanentes: que implicarían adaptacións moi significativas e que se prolongarían ao longo do tempo ou temporais, que presentarían un carácter transitorio (Abeal e Doval, 2000).

Tamén é importante destacar aquí que en moitas ocasións, os nenos e nenas que nos atopamos nas aulas hospitalarias están sometidos a unha excesiva sobreprotección, algo do que se poden aproveitar e que, dende as aulas hospitalarias, debe traballarse para que exista un equilibrio entre as mostras de afecto e as normas, e contribuír dunha maneira positiva ao desenvolvemento deste tipo de alumnado.

A morte tamén supón un aspecto salientable dentro deste apartado, pois parte do colectivo discente pode atoparse nesta situación (Lizasoáin e Lieutenant, 2002). A pesares de existir cada vez un porcentaxe menor de falecementos na infancia, esta segue producíndose e debemos de ir tomando consciencia da importancia dunha pedagogía da vida e da morte (Urmeneta, 2010), non como algo tabú, senón como algo que pode acontecer.

Os nenos antes dos 5 anos entenden a morte como algo temporal, e se debe de intentar facer referencia a ela dunha maneira adecuada. Por tanto, será necesario equiparse coas ferramentas axeitadas para dar resposta ás dúbidas e inquietanzas do alumnado, tanto de aspectos relacionados co seu propio temor á morte, como para traballar o loito por un compañeiro/a, ao mesmo tempo que se busca traballar os elementos máis emocionais.

En definitiva, o tipo de discentes que nos atopamos nas aulas hospitalarias son pacientes ingresados ou que asisten ao hospital de día pediátrico, con condicións e características moi dispares, que teñen idade de escolarización obrigatoria e aos que se lles presenta, seguindo a carta dos Dereitos dos Nenos Hospitalizados (1986, citada en Xunta, 2009) o:

“Dereito a proseguir a súa formación escolar durante a súa permanencia no hospital, e a beneficiarse das ensinanzas dos mestres e do material didáctico que as autoridades escolares poñan á súa disposición, en particular no caso dunha hospitalización prolongada, coa condición de que a dita actividade non cause prexuízos ao seu benestar e/ou que non obstaculice os tratamentos que se seguen” (dereito r, Carta dos Nenos Hospitalizados, 1986).

2. Características do alumnado de Educación Infantil hospitalizado.

A preocupación polas características do alumnado ingresado nos centros hospitalarios e demasiado recente, recolle Palomo (1995) que non foi ata mediados do século XX cando empezou a existir unha preocupación por isto, e se lles comezou a permitir aos familiares acceder ás salas e proporcionarlles xoguetes aos cativos e cativas como alternativa para unha posible mellora do desenvolvemento das súas capacidades.

Cando chegamos a unha aula hospitalaria, como xa se comentou, unha das principais características destes espazos non é só a variedade de alumnado, senón que a isto se suma a existencia dunhas características moi concretas, que varían en función de diferentes factores, que non se poden deixar de lado se o que se pretende é axudar ao completo desenvolvemento dos nenos e nenas do hospital. Aínda así, debe de ser fundamental ter moi en conta, que a pesares de que os discentes que nos atopamos están enfermos/as, isto non debe supoñer unha privatización de todos os posibles desafíos educativos aos que se poidan enfrontar (S. A. M. Caballero, 2007).

Este traballo centrarase especialmente nas características do alumnado de longa hospitalización (por ser o que realmente demostra características concretas como consecuencia do período de hospitalización) e, dentro deste, nos nenos e nenas de Educación Infantil, entre os 0 - 6 anos. Este período, seguindo a Palomo (1995), Ochoa e Lizasoáin (2003) e Salmela (2010), vese caracterizado a nivel xeral por presentar máis temores ao hospital debido ao momento de desenvolvemento no que se atopa e porque a separación da familia, o seu imaxinismo e a limitación na súas formas de comunicación, a relación repentina con un número elevado de adultos descoñecidos, etc., inflúen na aparición dun maior número de temores fronte a outras idades. Ademais, os nenos e nenas nos seus primeiros anos de vida, empezan a desenrolar a súa autoimaxe, a súa autonomía e a desenvolverse a nivel físico e intelectual. Unha enfermidade, interrompe este proceso normal de desenvolvemento creando situacións nas que o alumnado carece de posibilidades de mobilidade, ve modificada a súa imaxe e por conseguinte isto afecta á súa autoimaxe.

Sen embargo, a pesares de ir en aumento a intervención con discentes de Educación Infantil, é a etapa educativa na que menos se participa e, seguindo datos de Lizasoáin (2000), só se atende a un 66,3%.

Xa centrándonos nos distintos factores que inflúen nas características infantís no momento dunha hospitalización, son varios os autores que recollen diferentes variables. Siagel e Hudson (1992, citado por Palomo, 1995) e Ochoa e Lizasoáin (2003) citan varias que, Lizasoáin (2000), agrupa en persoais, familiares e hospitalarios.

Factores persoais:

- Idade, período evolutivo e desenvolvemento cognitivo:

En palabras de Ochoa e Lizasoáin (2003), cabe destacar o feito de que, de 0 – 3 anos, a comprensión do alumnado da enfermidade é escasa, as súas reaccións son dependentes dos seus proxenitores (basean o seu autoconcepto en atributos persoais externos) e consideran a enfermidade como produto dun axente externo.

Xa entre os 3 e 6 anos nos atopamos con que comezan a superar o pensamento máxico e se senten culpables da aparición da enfermidade, son conscientes da mellora ou empeoramento a partir de factores externos, ven a morte como unha “partida temporal” e poden percibir as

dificultades de logros como un signo de debilidade persoal. Por exemplo, durante os 4 – 6 anos, as cativas e cativos empezan a ter unha gran predisposición para a execución de tarefas dunha maneira cada vez máis autónoma, a situación que estean a pasar, transforma estas experiencias en fracasos, favorecerá a aparición dun autoconceito negativo que influirá seriamente na súa personalidade e no seu desenvolvemento académico.

Outros dos aspectos característicos que aparecen como consecuencia e que se deben ter en conta dentro da aula do hospital é o que indica Palomo (1995), ao facer referencia a que, entre os 2 – 7 anos, existe unha vulnerabilidade cara ás capacidades físicas e psíquicas que se están adquirindo e que repercutirán no futuro do alumno. Isto fai especialmente importante a atención educativa nas idades previas á Educación Primaria. A isto hai que engadir o que Lizasoáin (2000) recolle sobre os 2 – 4 anos, indicando que se trata dunha etapa na que os nenos e nenas que están no hospital son propensos a perder certas habilidades xa adquiridas como consecuencia da situación que están a vivir.

Un caso disto é o acontecido a Itziar⁴, unha nena de 5 anos moi autónoma pero que, ao pasar máis dun mes de continuas hospitalizacións polo tratamento contra o cancro que sofre, comeza a reflectir certas regresións no seu comportamento para a idade que ten. Así, por exemplo, presenta unha insistencia continuada para que a collan en brazos cando se fai algunha actividade con ela ou mesmo, como comenta a nai, hai ocasións que non lle dá de comer un adulto.

- Estilo de afrontamento:

Estes nenos/as, en ocasións, poden presentar un estilo adaptativo represivo⁵ que ás veces se identifica cunha falsa maduración, e que lles leva á autocensura ou non manifestación dos seus sentimentos. Aínda así, si que atopamos a nenos e nenas que se expresan dunha maneira máis adulta do que lle corresponde evolutivamente e se cuestionan certas ideas sobre a vida e a morte que serían máis propias dun alumnado de maior idade. Tamén dentro deste apartado será importante destacar o feito de que en máis dunha ocasión, pode acontecer que os nenos e nenas afronten a enfermidade cun sentimento de culpa cara un mal comportamento que tiveran.

Por outra banda, seguindo a Ochoa e Lizasoáin (2003), e retomando novamente o descrito na categoría anterior sobre o nivel psicoevolutivo, as formas de afrontamento, tamén dependerán do momento de formación do autoconceito no que se sitúen, sendo as respostas e comportamentos o reflexo de dita etapa evolutiva.

⁴ Con intención de gardar o anonimato dos nenos e nenas, os nomes que se recollen no texto non son os reais.

⁵ Chávez (2012) refírese a este estilo adaptativo represivo como o feito de intentar mostrar actitudes positivas ante unha situación moi complexa como certas enfermidades, sendo esta ás veces producida como consecuencia da complexidade da situación, e non tanto pola existencia dunha capacidade de resiliencia por parte do neno/a.

- Información e experiencias previas:

Tomando como referencia o que recolle a “Escola de Educadores/as no Tempo Libre, Animación e Intervención Social” de Cruz Vermella (2004) é importante destacar que a información adaptada que se lle proporcione ao alumnado, especialmente xa no segundo ciclo de Educación Infantil, axudaralles a evitar a aparición de certas sensacións negativas e que sexa máis doado paliar o estrés producidos pola nova situación.

Factores familiares:

- Separación das figuras de apego e relación cos pais:

Tal e como indica Palomo (1995), entre os 6 meses e os 3 anos xurde unha especial preocupación pola separación paterna, incrementada pola carencia do concepto temporal e que pode repercutir na manifestación de respostas excesivas ante a separación momentánea das figuras de apego. Este é o caso de Alejandra, unha nena de case 3 anos, que o seu pai describe como unha nena moi independente para a súa idade, influenciada esta reacción pola existencia de irmáns e irmás maiores. Sen embargo, aínda que poida estar xogando con outro adulto e non prestarlle atención aos seus proxenitores, no momento que percibe que a súa figura de apego abandona a sala, comeza a chorar desconsoladamente e a intentar pegar a quen se acerque a ela, tendo que, en máis dunha ocasión, regresar a súa nai ou o seu pai, para que se calme.

- Habilidades dos proxenitores como figuras de apoio:

A idade na que se sitúan os nenos/as de Educación Infantil caracterízase porque aínda non teñen totalmente desenvolta a teoría da mente e non comprenden as emocións e sentimentos dos seus proxenitores, o que poden interpretar en ocasións como un certo abandono. Desta maneira, será fundamental que a familia sexa capaz de adaptarse a estas situacións e intenten darlle o maior apoio ao neno ou nena ingresado, evitando as posibles preocupacións ou aspectos negativos que poidan ir aparecendo (Lizasoáin, 2000). Por este motivo, a implicación das familias, neste tipo de ámbitos, supón un axente imprescindible de actuación (véxase *Anexo II, p. 36*).

Factores hospitalarios:

- Diagnóstico, duración e número de hospitalizacións:

En canto aos factores hospitalarios, ten especial significado o tipo de diagnóstico que se reciba, así como a duración do ingreso ou o número de veces que teña que permanecer no hospital, destacando, neste caso, como os preescolares de idades máis avanzadas e de longa hospitalización, si perciben o número excesivo de horas que pasan, así como, en máis dunha ocasión, ao preguntarlles que facer, a reiterada frase de aburrimiento de “nada, xa xoguei a todo”, adoita estar bastante presente. A maiores, isto pode repercutir nunha inadaptación emocional (Ochoa e Lizasoáin, 2003).

- Actitude dos sanitarios encargados:

Ao igual que a calquera neno/a, o seu redor o influencia dunha maneira ou outra, por este motivo, a actitude que adoite o persoal sanitario tamén repercutirá na forma de afrontar o paciente a situación. A adecuada formación en canto á atención á infancia, a calidade do trato, a sensibilidade, a empatía, comunicación, etc. son aspectos básicos que influirán no/a neno/a.

- Aparición de deformidades perceptivas e/ou discapacidades como motivo da hospitalización:

Recolle Álvarez (2003) que o alumnado hospitalizado, pode presentar, en ocasións, unha inmovilización total ou parcial, aparición de limitacións físicas de movemento ou modificacións da aparencia física que poden influír no seu propio autoconcepto, unha vez máis isto influído pola idade psicoevolutiva na que se atope o infante. Isto vese claramente reflectido en dúas nenas de oncoloxía. Sara, de só dous anos de idade, non lle dá importancia ningunha á súa aparencia física e non se preocupa para nada dese feito. Pola contra, Laura, de último curso de infantil e con 6 anos, dende que lle empezou a caer o pelo case non fala e mostra unha actitude vergoñenta e de bastante rexeito cada vez que se lle propón unha actividade, algunhas que mesmo antes realizaba con moita motivación.

Todos estes factores que aquí se foron recollendo inflúen na aparición dunha serie de características na personalidade dos discentes e que, por tanto, deben de terse en conta como posibles consecuencias da hospitalización e que repercutirán no estado do alumnado que nos atoparemos na aula hospitalaria. Así pois, tomando como referencia os estudos de Lambert (1987, citado por González – Simancas e Polaino – Lorente, 1990), Urmentea (2010) e Lizasoáin (2000), podemos atoparnos con:

Impacto psicolóxico	Impacto somático	Impacto social
Céntrase en sentimentos de ansiedade ou posible depresión, producidos como consecuencia das variacións que poden sufrir este alumnado, o que se traduce nun sufrimento psicolóxico, baixa autoestima, tristeza e unha posible depresión. Este impacto se pode ver intensificado polo sentimento de abandono por parte dos seus compañeiros/as da escola de orixe, polo que debese de intentar fomentar esta relación xa sexa acudindo algún compañeiro/a ao hospital, entregándolle algún agasallo de toda a clase ou mesmo participando en proxectos conxuntos coa súa aula de orixe.	Inclúense as alteracións na aparencia física e na percepción da propia imaxe. A idade na que nos centramos caracterízase pola formación do autoconcepto a partir da visión externa, de aí que a actuación do docente e da familia sexan fundamentais para evitar as posibles alteracións emocionais e psicolóxicas derivadas disto.	Percíbese nas alteracións relacionais e na interrelación cos adultos e cos iguais. A situación á que se ven sometidos moitas veces o alumnado das aulas hospitalarias, vese acompañada, en ocasións, por un rexeitamento e agresividade característico, algo que nas aulas hospitalarias debemos de evitar, A isto se suma o feito de que o infante se atopa nun momento evolutivo de formación de autonomía e de independencia, e que a presenza dunha enfermidade non lles facilite a oportunidade para traballar a confianza e provoque que esta se vexa truncada nun sentimento de desconfianza cara as persoas que o rodean.

Un exemplo deste impacto social descrito no último cadro da táboa, o topamos con Javier, un neno de 2 anos, moi sociable e alegre segundo describe a súa nai, pero que por medo á nova situación reacciona con choros e agresividade cando alguén pouco coñecido (aínda que non sexa do persoal sanitario) se achega a el ou lle fala.

A maiores de todo o mencionado hai que engadir que a vivencia dunha enfermidade pode supoñer a transformación dos valores persoais dos alumnos/as. A isto fai alusión Urmeneta (2010) ao engadir que a experiencia hospitalaria facilita o crecemento persoal, a madurez, a fortaleza e o sentimento de empatía cara os compañeiros e compañeiros da aula hospitalaria. Así pois, a cooperación e axuda, especialmente do alumnado maior ao máis novo, xa sexa en actividades ou mesmo explicando para que se utilizan certas máquinas do hospital como a grúa na que levan a medicación e axudando aos compañeiros novos a desprazarse con ela, son aspectos do día a día. A solidariedade adoita estar moi presente e axúdanse uns aos outros. Este é o caso, por exemplo, dun adolescente de psiquiatría con grandes problemas de conduta, que defende por riba de todo e protexe especialmente a unha nena de 5 anos e medio cunha enfermidade dexenerativa e con retraso mental, sendo sorprendente a actitude de paciencia e cariño que adopta con esta nena e que, sen embargo, ante outras persoas non é capaz de mostrar.

Xa rematando, se poden recoller neste apartado, algunhas posibles recomendacións sobre como actuar con este alumnado. A “Escola de Educadores/as no Tempo Libre, Animación e Intervención Social” da Cruz Vermella (2004) e López (2011) recollen que con estes alumnos e alumnas deberase: favorecer o sentimento de confianza, animar aos pais/nais a permanecer ao lado do cativo e mesmo lle proporcionen obxectos significativos para eles, estimular a autonomía favorecendo a adquisición de novas habilidades, presentarlle ao persoal sanitario e membros da aula hospitalaria como persoas “amigas” que no caso de estar sen a súa familia, non o sintan como un abandono e se apoiem neles, favorecer a realización de actividades que potencien as habilidades perceptivas, de coñecementos, e sociais.

3. Proceso de ensinanza – aprendizaxe do alumnado hospitalizado.

As características diversas que xa se foron comentando e que nos podemos atopar nunha aula hospitalaria, converten a idea de individualización nun elemento de obrigada presenza no proceso de ensino – aprendizaxe. A isto, engaden Grau e Ortiz (2001) o feito de que a enfermidade, xunto cos tratamentos e os efectos secundarios, crean na/o nena/o continuos altibaixos que fan imprescindible unha resposta educativa rápida e flexible ante estas necesidades, mesturando a educación especial coa ordinaria..

Urmeneta (2010) destaca a necesidade de intentar que, a pesares da enfermidade, o neno desenvolva ao máximo as súas potencialidades nos aspectos cognitivos, nas súas habilidades,

afectividade e sociabilidade, intentando que as demandas escolares sexan o máis habituais posibles. Este proceso debe ser innovador, centrado no neno/a e implicar unha participación activa, cooperativa e integradora de todos os servizos comunitarios, favorecendo o desenvolvemento académico e social de todo o alumnado (Grau e Ortiz, 2001). A maiores, débese transmitir a este colectivo unha actitude positiva e de satisfacción persoal polo esforzo realizado, tendo a educación emocional un papel moi importante, tal e como se recollerá no seguinte bloque (*véxase Bloque III*).

A presentación dos contidos educativos varía dependendo do tempo de hospitalización. Se se trata dun proceso agudo, repasarase o feito na escola nos últimos días e, no caso de permanecer máis tempo, irase avanzando seguindo os seus libros escolares. No caso dunha longa hospitalización, se lles pregunta aos pais e aos alumnos se desexan establecer un plan de traballo conxunto coa escola de orixe. En caso de resposta afirmativa, ponse en contacto coa escola de orixe e establécese un plan individualizado, sendo sempre necesario ter en conta as características do alumno e modificando o ritmo de traballo ou exercicios a realizar en función das distintas circunstancias (Urmeneta, 2010). Estes deben de comprender diferentes posibilidades como as que indica Álvarez (2003) e Lizasoáin (2003, citado por Teijeiro, 2007): aprendizaxes instrumentais, actividades recreativas e de animación á lectura, técnicas de expresión e comunicación, traballos manuais, educación intercultural... que permitan combater o aburrimiento e servir de orientadores persoais do alumnado hospitalizado.

A maiores do curriculum, destaca a existencia de certos programas de intervención que pretenden servir de complemento na aprendizaxe dos nenos/as, e se centran na Educación para a Saúde ou en como empregar certos aparatos para controlar a súa enfermidade (González – Simancas e Polaino-Lorente, 1990). A *American Academy of Pediatrics* (2006), considera que estes programas son un punto de referencia para a calidade do sistema de saúde integral do neno en compañía da súa familia e ofrecen información e preparación sobre a enfermidade e como actuar sobre ela seguindo un camiño lúdico.

Tamén é necesario neste apartado facer referencia a HOPE (*Hospital Organisation of Pedagogues in Europe*, s. d.), destacando a influencia desta asociación de profesores e pedagogos, que traballan para garantir o dereito dun proceso de ensino – aprendizaxe de calidade para os nenos hospitalizados, defendendo a educación apropiada ás súas necesidades e tendo en conta o entorno.

Partindo destas premisas, os pasos a seguir ante un infante que ingresa serían (Álvarez, 2003): 1. Se non existe ningunha dificultade, seguir co ritmo de curso do neno / 2. Comprobar a situación actual do neno coa axuda dun pedagogo ou psicólogo. / 3. Recuperar materias pendentes e superar dificultades concretas, no caso de existir estas.

Ao longo de todo este proceso de ensino, é necesario ter presente tres condicións fundamentais: as actividades deben de ser a corto prazo, pois non sabemos o tempo exacto

que estará o neno ou nena no hospital nin como se topará ao día seguinte. Tamén han de terse en conta as minusvalías ou incapacidades que poida presentar o alumnado, así como a necesidade de que non só será importante o aprender, senón que o entreter será tamén un factor de moito peso (Álvarez, 2003).

Por outra banda, este proceso pretende acadar unha serie de obxectivos que se poden agrupar en distintos ámbitos: os pedagóxicos, que se centrarían na intención de que unha vez recuperado o alumno, poida reincorporarse á aula ordinaria sen un marcado retraso académico e os obxectivos psicolóxicos que buscan a mellor adaptación posible ao novo medio e os sociais, que pretenden dar resposta ás necesidades de relacionarse á vez que se pretende crear un ambiente próximo á súa vida diaria (Guillén e Meijía, 2002).

En canto á metodoloxía que se debe empregar neste proceso, coinciden nos mesmos principios diferentes autores (Estévez e Otero, 2008; Guillén e Meijía, 2002; Lizasoáin, 2000) indicando que o profesorado debe de centrarse no xogo como punto de partida, a operatividade dos exercicios a realizar en función das características do neno e da aula, a normalización da situación coa creación dun ambiente similar ao dunha escola ordinaria. Así mesmo, a ensinanza individualizada e personalizada deberá de terse moi en conta xa que, aínda que os nenos e nenas poidan ter a mesma idade, as características nestes espazos serán aínda máis diferentes que nas aulas de orixe debido ás circunstancias nas que se atopa o alumnado, sendo a flexibilidade aspecto clave neste proceso. Por este motivo, non é de estrañar que en ocasións as limitacións físicas só permitan o traballo oral, readaptando o proceso de ensinanza nun traballo máis escolar cando as condicións físicas melloran, isto adoita acontecer, por exemplo, co alumnado ingresado na UCI (Baño et al., 2002; Lizasoáin, 2000).

A maiores deste proceso, é necesario facer mención a un complementario que se pode producir co alumnado que por prescrición médica debe permanecer no domicilio e que, aínda que non asista á escola hospitalaria nin a de orixe, pode recibir atención educativa no seu domicilio (*véxase Anexo III, p. 38*).

Por último, a avaliación que debe realizarse será sobre o alumnado, sobre a labor educativa e sobre os outros colectivos participantes (persoal médico, pais, titores de referencia, etc.). En relación á do alumnado, avaliaranse os resultados acadados durante o proceso de ensino – aprendizaxe así, se valorará o nivel de adaptación psicolóxica e os niveis de relacións, á vez que os aspectos curriculares. Esta se levará a cabo igual que nun centro ordinario: avaliación inicial no momento de ingreso, durante o tempo de hospitalización e cando o neno é dado de alta. Todo o proceso realizarase a partir da observación diaria, mediante contactos periódicos cos proxenitores e o mestre/a da escola de orixe (Guillén e Meijía, 2002).

Así mesmo, será necesaria unha actuación específica na aula hospitalaria ao final deste proceso descrito, coa fin de axudar ao alumnado, especialmente ao de longa hospitalización, a preparar a volta á escola (*véxase Anexo IV, p. 39*), contribuíndo a súa pronta readaptación.

BLOQUE III: Necesidade de intervención emocional no ámbito hospitalario

Propostas prácticas para o alumnado de Educación Infantil (0 – 6 anos).

Neste último bloque recollerase a esencia do traballo coa educación emocional como complemento educativo nestes ámbitos de actuación. Para isto, farase un breve percorrido polas características evolutivas emocionais que presenta o alumnado de Educación Infantil das aulas hospitalarias, para continuar sinalando a necesidade de intervención neste campo e finalizar citando un exemplo de posibles propostas didácticas de actuación emocional.

1. Perfil emocional do alumnado de Educación Infantil das aulas hospitalarias

Os nenos e nenas nas aulas hospitalarias que teñen idades comprendidas entre os 0 – 6 anos caracterízanse emocionalmente por situarse nun momento de múltiples cambios nos que progresivamente irán aparecendo novas emocións que aprenderán a nomear e interpretar. Recollen autores como López (2010) ou González e Villanueva (2014), como dende o propio nacemento os bebés xa sorrín e mostran unha serie de expresións faciais ás que os adultos irán atribuíndolle significado social.

Destaca neste período especialmente, a limitación lingüística que dificulta, non só o poder transmitirle a información detallada á nena ou neno do que está a vivir, senón que complica que se poidan expresar, o que conleva á agresividade como alternativa á falta de expresión lingüística, para explicar como se senten ou que lles doe. A isto se engade o desenvolvemento do apego xa comentado no bloque anterior. Grau (2004) sinala como unha posible separación das figuras de apego antes dos doce meses pode provocar, non só tristeza, senón sentimentos de rabia e mesmo chegar ao rexeitamento parental se o proceso se prolonga. Tamén destaca neste período, como dende os 12 meses aos 3 anos, o seu pensamento máxico lles fai pensar que os procesos dolorosos son consecuencia dun mal comportamento, o que fai que apareza tamén o medo como emoción, xunto coa aversión a todo o alleo.

A partir dos 3 anos, aparece un perfeccionamento da linguaxe, o que lles permite comezar a expresar as súas inquedanzas, ao mesmo tempo que as súas emocións se tornan cada vez máis complexas e diversas. A maiores, existen variacións en canto ao apego e a capacidade de comprensión do que está a acontecer, sumando a isto que as posibles regresións, xa citadas, se mostren como respostas emocionais excesivas: protestas insistentes, prantos desesperados, ira e temor fronte a posible morte, etc.

En relación ao alumnado dos últimos cursos de Educación Infantil, destaca o feito de que, aínda que historicamente ata a década de 1960 considerábase que non se lles debía de dicir nada aos nenos e nenas da súa enfermidade, investigacións posteriores demostraron como os nenos de 4 – 5 anos, xa son conscientes da seriedade da súa enfermidade e perciben as inquietudes dos proxenitores e persoal sanitario, repercutindo isto de forma moi marcada no seu perfil emocional. Por este motivo, máis que preocuparse en que se debe dicir e que non, é

necesario axudar ao neno/a a controlar o estrés e as posibles consecuencias emocionais que poidan xurdir durante o proceso de hospitalización (Álvarez, 2003).

Destaca Grau (2004) que se estas emocións non son controladas e tratadas nos primeiros momentos, poden derivar en ansiedade e depresión como principais alteracións emocionais, provocando marcados cambios comportamentais e actitudinais, pasando a ser unha grave patoloxía emocional, de aí o papel fundamental das aulas hospitalarias como principais axentes de intervención.

2. Xustificación e necesidade da Educación Emocional co alumnado de Educación Infantil hospitalizado

Diferentes investigacións mostran como as nenas e os nenos hospitalizados sofren unha serie de trastornos emocionais ao longo dese período, atribuíndo estes cambios principalmente á separación da familia e á gran cantidade de procedementos, rutinas e persoas que non lle son familiares (González e González, 1994, citado por Grau e Ortiz, 2001).

Unha das principais características deste alumnado de longa hospitalización é o feito de sentirse ansiosos e mesmo tristes, preocupados ante o seu futuro ou unha posible recaída. Isto moitas veces vese traducido en pranto, condutas antisociais, agresividade, depresión, etc., xerando nos nenos e nenas unha serie de efectos emocionais que será necesario tratar na aula hospitalaria primeiramente, para crear un mellor estado do benestar que permita levar a cabo un bo proceso de aprendizaxe (Lizasoáin, 2000).

Outro dos aspectos que aparecen como consecuencia da hospitalización é o que recollen os estudos de Palomo (1995) e Ochoa e Lizasoáin (2003) ao facer referencia ao estrés infantil. Este aparece como resultado de todos os factores xa descritos, destacando especialmente a ansiedade producida polo medo á nova situación é a separación de todo o seu entorno familiar. A isto, engade Álvarez (2003) que o estrés se ve aumentado ao producirse unha interrupción repentina das funcións cotiás e rutinas, resultando estresante esta a nivel cultural (aceptación de novas normas), social (establecemento de moitas novas relacións sociais), psicolóxico (estados emocionais anómalos) e físico (as percepcións físicas do hospital xeran emocións negativas).

A isto se suma a idea de Álvarez (2003) de que, moitas veces, os nenos e nenas en idade infantil, debido ás súas limitacións comunicativas, entenden mal certas ideas ou procesos e aparecen interpretacións erróneas dos feitos, que lles afectan emocionalmente. Por este motivo, buscar respostas adaptadas para cada neno e nena será fundamental neste contexto educativo, axudándolles desta forma a superar estes muros emocionais que lle impiden seguir desenvolvéndose normalmente.

Como indican Cárdenas e López (2005, 2006), cando se produce unha hospitalización infantil vense afectados tres ámbitos (Véxase Ilustración 3).

Este traballo pretende incidir nesas alteracións emocionais que se recollen no círculo inferior da figura, para así, intentar axudar nun mellor desenvolvemento global e nunha óptima adaptación ao novo contexto.

Algúns autores se suman a esta idea de educación emocional no ámbito hospitalario tales como Álvarez (2003) ou Lizasoáin (2000), que fan referencia á necesidade do traballo no ámbito emocional e mesmo citan programas (o proposto pola “*Association for the Care Of Children’s Health*”) que promoven o apoio emocional no neno e nena ingresado e a súa familia. Sen embargo, atopámonos con un volume de bibliografía que recolle estudos de casos e fan referencia a exemplos de intervención psicoeducativa, pero interveñen unicamente nos ámbitos motriz, cognitivo, sensorial, etc., ou aínda que se faga referencia á importancia do desenvolvemento emocional, este se ve reducido a simplemente sinalar a necesidade de intervir no ámbito emocional, pero non dan unhas pautas para realizar este proceso.⁶

Para paliar esta problemática, considérase necesaria o que Grau e Ortiz (2001) denominan como Acción Educativa Simpatética. Este tipo de actuación ten en consideración a repercusión psicossomática (acción da psique sobre o corpo humano e o contrario) que se produce con motivo dunha afección, buscando recuperar o equilibrio emocional anterior, que se vira perturbado como consecuencia da disociación entre a dor do corpo e a alma da persoa. Xunto a unha autorrealización que permita desenvolver ao máximo as capacidades do alumnado

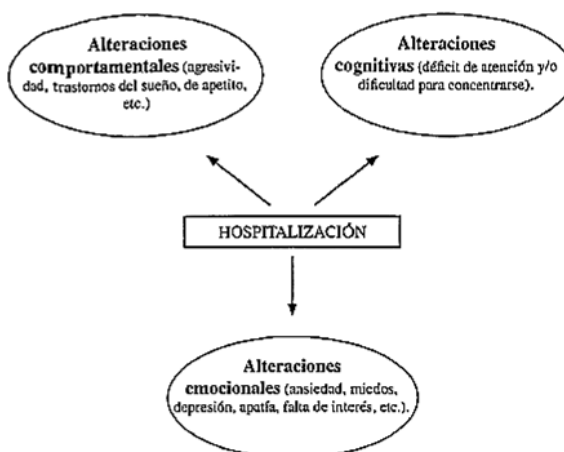


Ilustración 3. Ámbitos afectados coa hospitalización infantil (Cárdenas e López, 2005, 2006, páx. 63)

⁶ Libros como o de Palomo (1995) propoñen a idea de tratar o estrés e a expresión emocional pero dende un punto de vista psicolóxico que se ve reducido á transmisión de información ao alumnado, ben sexa a través de debuxos ou documentos, pero non propoñen actividades que realmente traballen a educación emocional. Por outra banda, Guillén e Mejía (2002) recollen a existencia de certos programas que se centran principalmente no uso das Novas Tecnoloxías como *Proyecto European Schoolnet – EUN*, *Proyecto TRENDS*, *Proyecto RTEE*, *Proyecto Caroline Christer*, entre outros, ou González – Simancas e Polaino-Lorente (1990) que nomean o *Proyecto Child Life Program*, centrado na educación para a saúde. Todos estes programas a pesar de considerarse educativos, non fan ningunha referencia directa á intervención emocional dende o punto de vista pedagóxico e preventivo. O compoñente emocional nestes casos, ou se ignora, ou só se busca a solución a problemas que xa apareceron, no que se considera ao persoal sanitario ou aos psicólogos, como pezas clave para paliar estes efectos negativos, e non se ten demasiado presente ao docente da aula hospitalaria como principal axente de intervención emocional.

para lograr as súas aspiracións, este tipo de actuación implicará tamén que se produza, unha reeducación corporal e unha reeducación emocional.

Esta reeducación emocional pretende acadar unha desintoxicación emocional, eliminando as emocións negativas e tóxicas que poden facer dano tanto a un mesmo como aos demais, permitindo un crecemento interior e un maior autoconhecimento. A reeducación corporal, implica actuar sobre o corpo, tendo en conta que as emocións e estados mentais se reflicten sobre o mesmo. Os nenos e nenas establecen relacións entre as imaxes mentais e o seu corpo, polo que o traballo sobre este e a dor, serán fundamentais como forma de intervención no ámbito emocional.

Algunhas técnicas indicadas para esta reeducación emocional, a maiores de moitas posibles actividades (véxase *Anexo V, p. 41*) serían as recollidas por Ortiz (1999), tales como certas terapias: musicoterapia, ludoterapia, arteterapia, etc. (véxase *Anexo VI, p. 56*). En canto á reeducación corporal, esta vai asociada á actuación sobre o corpo intentando separalo da dor, e algunha técnica posible para empregar sería o tai-chi ou o ioga.

Atopámonos desta maneira como dentro da acción Educativa Simpatética, a educación emocional adopta un eixo principal de actuación nestas aulas e sobre o que se debe traballar. Xa centrándonos na idea de educación emocional en si e tomando como base fundamental de argumentación teórica o Informe Delors (Unesco, 1996 citado por A. Caballero, 2007), destaca o feito de que a educación emocional é vista como complemento fundamental do desenvolvemento cognitivo, así como pretende axudar ás persoas a descubrir, coñecer e regular as emocións, incorporándoas como competencias.

Recole Vallés (2006) como a maior parte do desenvolvemento emocional se produce dende o nacemento ata a puberdade, motivo dobremente importante polo que se debe tratar este tema co colectivo no que se centra este traballo. Por un lado, atópanse nun período evolutivo no que esta educación emocional se concibe como imprescindible, por outro, a situación concreta na que se encontra fai que sexan un grupo moi vulnerable e co que se debe traballar.

A maiores, o propio currículo de Educación Infantil (DOGA, 2009), faise eco do papel fundamental das emocións, recollendo contidos sobre elas na “Área de coñecemento de si mesmo e autonomía persoal” (“Bloque 2: Xogo e movemento” e o “Bloque 3: A actividade cotiá”) e dentro da “Área: linguaxes: comunicación e representación”, un aliciente máis para que, ao igual que nas aulas ordinarias, a educación emocional deba de terse en conta dentro das aulas hospitalarias.

Por outra banda, son varios os obxectivos que pretende acadar esta educación emocional nos cales, seguindo a Bisquerra (2000) e González e Villanueva (2014), podemos facer referencia aos seguintes: adquirir un mellor coñecemento das propias emocións, identificar as dos demais, desenvolver a habilidade de regular as propias emocións e xerar emocións positivas, adoptar unha actitude positiva ante a vida, axudar a coñecer as emocións para potenciar as

positivas e frear as negativas, fomentar o pensamento reflexivo no proceso de resolución de situacións problemáticas, fomentar un clima caracterizado pola aceptación e a boa convivencia, traballar a cooperación e a empatía e coñecer os principios que permitan defender as propias ideas sen menosprezar as dos demais, etc. Estes obxectivos pretenden acadar uns resultados que inclúan a diminución dos pensamentos autodestrutivos, mellora da autoestima, mellor adaptación e diminución da ansiedade e do estrés, entre outros. Aspectos todos estes, claves para propiciar o óptimo desenvolvemento de todo o alumnado que participa nas aulas hospitalarias e que se deben de ter en conta á hora de elaborar calquera actividade ou programa de educación emocional, dos cales nos últimos anos foron empezando a aparecer diferentes exemplos e posibilidades, algúns mesmo aplicables ao contexto descrito⁷.

3. Propostas prácticas para a intervención emocional co alumnado de Educación Infantil do ámbito hospitalario

Como se foi vendo ao longo dos diferentes apartados, o colectivo no que se centra este traballo caracterízase por unhas peculiaridades moi concretas e por situarse nun contexto moi específico que moitas veces se ve acompañado dun gran conxunto de limitacións e problemáticas que dificultan o seu óptimo desenvolvemento. A pesar de todo isto, o ámbito emocional é un dos máis prexudicados e no que se fai necesaria unha intervención para poder paliar todas as consecuencias negativas que de isto deriven.

Ao falar de Educación Emocional, Bisquerra (2010, p. 19) fai referencia á existencia dunha serie de competencias emocionais sobre as que se debe traballar, definindo estas como o “conxunto de coñecementos, capacidades, habilidades e actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar e regular de forma apropiada os fenómenos emocionais”; e cita as seguintes: conciencia emocional (capacidade de tomar conciencia das propias emocións e dos demais), regulación emocional (capacidade para manexar as emocións de forma apropiada) autonomía emocional (inclúe a autoestima, automotivación, autoeficacia emocional, etc.), competencia social (capacidade para manter boas relacións con outras

⁷ Algúns exemplos bibliográficos de programas de educación emocional, que presentan pautas ou actividades que permiten traballar esta temática co alumnado de Educación Infantil e que se poderían levar a aula hospitalaria, serían os seguintes:

- Fodor, E.(coord.) e Morán, M. (2011). Todo un mundo de emociones. La misteriosa vida emocional del bebé. Madrid: Pirámide.
- Glennon, W. (2002). *La Inteligencia emocional de los niños : claves para abrir el corazón y la mente de tu hijo*. Barcelona : Oniro, D.L.
- González, R. y Villanueva, L. (Coords) (2014). *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.
- López, E. (Coord.) (2003). *Educación emocional. Programa para 3-6 años*. Barcelona: Praxis.
- López, E. (2011). *Educar las emociones en la infancia (de 0 a 6 años). Reflexiones y propuestas prácticas*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Martínez, E. (2006). *Transmisión de valores desde la educación emocional*. Barcelona: Andamio.
- Palou, S. (2004). *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. Barcelona: Graó.

persoas) e habilidades para a vida e o benestar (capacidade para afrontar comportamentos apropiados para afrontar satisfactoriamente os desafíos diarios da vida).

Tomando como eixo central estas competencias, propóñense neste apartado unha serie de actividades enunciadas, que aparecen redactadas de maneira máis pormenorizada en anexos (véxase Anexo V, p. 41) e que pretenden servir de exemplo de posibles actividades de educación emocional que se poderían realizar dentro dunha aula hospitalaria, pretendendo dar resposta á educación emocional tan necesaria neste ámbito educativo:

	Conciencia emocional:	Regulación emocional	Autonomía emocional:	Competencia social:	Habilidades para a vida e o benestar
0 – 1 anos	Xogo de miradas	Cóxegas	Bicos e abrazos	Axúdasme?	Onde estou?
2 – 3 anos	Convértome en...	A tartaruga	O espello	Eu sinto, ti sentes	Facemos unha aula mellor?
3 – 6 anos	Debuxo e sinto	Peluso e os aros de cores	Eu son bo en...	Risoterapia por parellas	

Por outro lado, e como complemento, se poderían levar a cabo intervencións globais como: arteterapia, musicoterapia, xogoterapia ou dramatización e terapia narrativa (Véxase Anexo VI, p. 56). Con isto se pretende traballar técnicas que recollen Grau e Ortiz (2001) como a de distracción, lúdico – educativas e de imaxinación dirixida que axuden no proceso holístico de paliar a dor e contribuír a un benestar emocional.

CONCLUSIÓN

Coa idea de conseguir facer unha valoración e reflexión persoal sobre todo o traballado neste proxecto, este apartado convértese de obrigada presenza no documento, coa fin de destacar as ideas principais acadadas co mesmo. A maiores, preténdese comprobar as aprendizaxes adquiridas, á par, dunha avaliación dos obxectivos propostos xunto aos verdadeiramente obtidos ao longo do proceso.

Tal e como se foi recollendo durante todo o traballo, o alumnado de Educación Infantil dos hospitais, especialmente os que permanecen un longo período de tempo neste espazo, teñen unha serie de características concretas que non só deben ser respondidas polo persoal sanitario, senón que os docentes das aulas hospitalarias se converten en axentes fundamentais de actuación. Este equipo docente ten nas súas mans a capacidade de axudar aos discentes a adquirir novas aprendizaxes de diferentes áreas curriculares durante o seu tempo hospitalario, á vez que contribúen a unha pronta recuperación dos mesmos, a través da posta en práctica de certos programas lúdicos e de intervención, que axudan a recuperar a situación de benestar previa, mudada como consecuencia da enfermidade.

Sen embargo, a pesar do rol imprescindible do colectivo docente neste contexto, esta tarefa aínda permanece moi pouco coñecida para moitas persoas. Así pois, ben porque non se fai verdadeiramente eco dela na formación do profesorado ou porque se sitúan en espazos apartados, como xa se foi comentando, as escolas hospitalarias e o seu alumnado preséntanse aínda como unha materia pouco estudada.

Unha clara mostra disto topámolo á hora de descubrir, como son varios os autores e autoras que recollen aspectos sobre a necesidade de intervención no contexto hospitalario, pero, sen embargo, estas aportacións se ven reducidas case sempre aos mesmos autores/as e sobre ideas repetidas ou baseadas noutras xa expostas con anterioridade cronolóxica, sen verdadeiramente engadir moito novo ao tema. Ademais, non se propoñen ideas prácticas innovadoras que axuden a unha verdadeira recuperación integral de cativos e cativas, buscando ir máis alá da simple idea de contribuír a un desenvolvemento cognitivo.

A maiores, a pesares de que nos topamos cunha evolución en canto ao número de estudos sobre a temática, esta situación debería aínda mudar máis, debido á necesidade imperiosa de ser capaces os futuros docentes de coñecer e dar respostas educativas axeitadas a todos os rapaces e rapazas que, por motivos totalmente alleos a súa vontade, ven privada a súa traxectoria académica ordinaria nos seus primeiros anos de vida, sendo estes espazos, lugares clave no seu desenvolvemento.

Por outra banda, son varios os obxectivos que se pretendían alcanzar con este traballo , que se recollen ao longo da introdución, e aos cales se intentaba ir dando resposta ao longo de todo o documento. Así pois, atopámonos con que o primeiro bloque permite responder á idea de buscar información sobre as aulas hospitalarias, definindo estas como sinala Blas (2014), como espazos educativos situados nos grandes hospitais e que pretenden proporcionar atención educativa aos nenos e nenas que atravesan unha situación de enfermidade. Así mesmo, este traballo permite analizar aspectos históricos da temática, comprobando como se trata dunha materia moi recente de estudo. Con isto, se engade unha liña máis a esa xustificación probable pola falta de estudos sobre o tema a tratar, pois, non empezamos a topar presenza da educación nestes contextos ata a década de 1950 e as primeiras leis educativas ao respecto non apareceron ata 20 anos despois.

Atopámonos ante un espazo educativo con múltiples peculiaridades entre as que se recollen ao longo do documento algunhas como: a continua presenza das familias na aula, as limitacións e adaptacións curriculares que se deben facer, a necesidade de adaptarse á escola de orixe de cada neno/a que permanece no hospital... Todo acompañado dunha marcada presenza da flexibilidade como principio elemental de actuación, imprescindible para poder realizar un bo proceso de ensino – aprendizaxe no que tanto docente como discente vaian aprendendo un en compañía do outro.

En canto ao achegamento ao alumnado destes contextos, especialmente ao de Educación Infantil, a través deste traballo se analizaron ás súas características, destacando a existencia de varios factores que inflúen nos comportamentos e actuacións dos cativos. Estes factores se poden agrupar en persoais, familiares e hospitalarios, todos eles condicionantes, en maior ou menor medida, da futura personalidade do neno ou nena e aspectos sobre os que traballar na aula hospitalaria, coa fin de axudar a un bo desenvolvemento integral.

Este segundo bloque, ademais de permitir traballar sobre a diversidade de características, se ve contrastado ao longo do proxecto con exemplos de situacións reais que acontecen nestes espazos e que permiten a posibilidade de relacionar a teoría coa práctica dunha maneira argumentada. A maiores, tal e como se indica nun dos factores, comprobamos como a familia e o entorno que rodean ao alumno/a supoñen un elemento sumamente influínte no proceso de ensino – aprendizaxe do neno/a e que debe ser tido en conta durante o mesmo, sendo un elemento condicionante do propio estado anímico do infante.

Respecto á organización espacial e temporal das aulas hospitalarias, a realización deste traballo supuxo un descubrimento moi importante na miña formación, ao aportarme coñecementos que nunca me percatara da súa importancia. Así pois, comprobei a necesidade de que, neste espazos, a organización de ambos elementos debe de estar minuciosamente traballada, intentando evitar obxectos que inflúan negativamente no alumnado e buscando levar a cabo unha organización temporal que non só lles permitirá comprender unha rutina como nas aulas ordinarias, senón que contribuirá a sentirse parte do mundo exterior, adaptándose a diferentes momentos destacables como o Nadal ou a primavera, creando así un vínculo que vai máis alá das paredes do hospital e que axuda á súa pronta recuperación.

En relación aos aspectos de intervención, como xa se foi indicando, aínda que se percibe unha certa evolución no número de documentos que tratan a educación emocional como resposta educativa neste contexto, en múltiples ocasións esta vese reducida a solucións psicolóxicas e non educativas nin preventivas, deixando de lado un elemento tan fundamental neste colectivo como é o emocional. Por iso, tomando como referencia os beneficios que aporta a educación emocional, entre os que destacan algúns como: potenciar as emocións positivas freando as negativas, fomentar un clima de convivencia, traballar a empatía, etc. considero esta alternativa unha boa resposta educativa á situación que vivencian os discentes destes espazos e creo que debería de ser levada ás aulas dos hospitais como materia obrigada, debido ás características que presentan estes cativos e cativas, buscando evitar o estrés, a depresión e a ansiedade que podían xurdir como resultados da hospitalización.

Facendo referencia a unha visión global do documento, considero que os obxectivos propostos nun primeiro lugar foron acadados, ao mesmo tempo que este proxecto me permitiu adquirir novas aprendizaxes, que xa se foron comentando, e que posibilitaron enriquecer a miña bagaxe formativa nunha temática do meu interese e na que me gustaría seguir investigando.

En definitiva, considero que se fai necesaria unha maior concienciación da necesidade dun análise reflexivo neste campo, e coas miñas pescudas pretendía demostrar como se trata dunha temática fundamental de estudo, que polo ben dun elevado número de nenos e nenas en idade de Educación Infantil, se debe seguir investigando e progresando, coa fin de ofertar a toda a poboación infantil, as mesmas oportunidades educativas.

REFERENCIAS

Bibliografía

- Abeal, C. e Doval, M. I. (2000). Atención psicopedagógica al niño enfermo crónico o de larga duración. Objetivos y contenidos de un programa de formación inicial del profesorado. En J. R. Alberte Castiñeiras (Ed.), *O reto da innovación na Educación Especial* (pp. 385-404). Santiago de Compostela: Tórculo de Artes gráficas.
- Álvarez, J. M. (Coord.) (2003). *Educador hospitalario*. Vigo: Gráficas Matamá.
- Barbarín, B. Bariáin, A. I., Belloso, P. J. e Sadaba, L. (2010). Que fai un mestre de hospital? *Revista Galega de Educación*, 46, 39 - 43.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Editorial Praxis.
- Bisquerra, R. (2010). Característica generales de la Educación Emocional. En R. Bisquerra (Coord.), *La educación emocional en la práctica*, (pp. 11-37). Barcelona: ICE-Horso.
- Facio, A., Fernández, R. e Porta, P. (2010). Un oasis na estancia hospitalaria. *Revista Galega de Educación*, 46, 34 - 38.
- Fodor, E. e Morán, M. (Coord.) (2011). *Todo un mundo de emociones. La misteriosa vida emocional del bebé*. Madrid: Pirámide.
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas. Cómo entenderlas y superarlas*. Barcelona: Ed.Kairós.
- Gómez, R. (2010). Unha escola diferente. A "Escola Camilo José Cela". *Revista Galega de Educación*, 46, 44 - 47.
- González – Simancas, J. L. e Polaino - Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea S. A.
- González, R. e Villanueva, L. (Coords) (2014). *Recursos para educar en emociones. De la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.
- Grau, C. (2001). A pedagogía hospitalaria. *Revista Galega do Ensino*, 32, 169 – 182.
- Grau, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Grau, C. e Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona (Málaga): Aljibe, D.L.
- Guillén, M. e Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias*. Atención escolar a niños enfermos. Madrid: Narcea D. L.
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Pamplona: Eunate.
- López, E. (2010). La educación emocional en la Educación Infantil. En R. Bisquerra (coord.), *La educación emocional en la práctica* (pp. 39 – 75). Barcelona: ICE-Horso
- López, E. (2011). *Educar las emociones en la infancia: reflexión y propuestas prácticas*. Las Rozas (Madrid): Wolters Kluwer.
- Ochoa, B. e Lizasoáin, O. (2003). *Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado*. Pamplona: Eunsa, D.L.
- Palomo, M. P. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Plank, E. (1966). *El cuidado psicológico del Niño Enfermo en el Hospital*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Teijeiro, Y (2010). De que falamos cando falamos de aulas hospitalarias? *Revista Galega de Educación*, 46, 10 - 13.

- Teijeiro, Y. (2007). La Animación Hospitalaria: (Necesidad De) Una intervención Pedagógica – Social con la Infancia Hospitalizada. En X. M. Cide Américo (Ed.), *Educación social, animación sociocultural y desarrollo comunitario/ Educação social, animação sociocultural e desenvolvimento comunitário*, (Vol. 2, pp. 875 – 884). Vigo : Universidade de Vigo, Facultade de Ciencias da Educación; Vila Real (Portugal): Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; Faro (Portugal) :Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social.
- Ullán, A. M. e Hernández, M. (2005). *Los niños en los hospitales. Espacios, tiempo y juegos en la hospitalización infantil*. Madrid: Caja Madrid; Salamanca: Témpora, D.L.
- Urmeneta, M. (2010). *Alumnado con problemas de salud*. Barcelona: Editorial GRAÓ.
- Violant, V. e Molina, M. C. (2010). Como ser mestre ou pedagogo hospitalario. *Revista Galega de Educación*, 46, 14 – 16.

Webgrafía

- Alonso, L., García, D. e Romero, K. (2006). Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar. *Educere*, 10(34) 455-462. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603408> [Consultado o:12/02/2015]
- American Academy of Pediatrics (2006). Child Life Services. *PEDIATRICS*, 118 (4), pp. 1757 -1763. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/1757.short> [Consultado o: 21/02/2015]
- Blas, J. (2014). *Las aulas hospitalarias. Educar y sanar*. Recuperado de: <http://acogidayel2.blogspot.com.es/2014/11/las-aulas-hospitalarias-educar-para.html> [Consultado 07/05/2015]
- Baño, L. J. B., et al. (2002). Atención a alumnado en estancias hospitalarias. En *Padres y Maestros*, 280, 14 – 19. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/2008/1742> [Consultado: 12/03/2015]
- Beltrán, F. (s.d.). *La pedagogía hospitalaria*. Recuperado de: <http://www.sifiip.com/pedhosp.pdf> [Consultado o 05/03/2015]
- Caballero, S. A. M. (2007). El aula hospitalaria un camino a la educación inclusiva. *Investigación educativa*, 11(19), 153–161. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2007_n19/a12.pdf [Consultado o:16/03/2015]
- Caballero, A. (2007). *La Educación Emocional, un beneficio para la escuela, la persona y la sociedad*. Recuperado de: <http://www.educaweb.com/noticia/2007/11/05/educacion-emocional-beneficio-escuela-persona-sociedad-12615.html>
- Chávez, C. (2012). *Efectos sobre el bienestar de niños con enfermedades graves*. Recuperado de: <http://www.infocoonline.es/pdf/INFORMEESTUDIOFPD.pdf> [Consultado o 17/06/2015]
- Cárdenas, R. e López, F. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (12-13) 59-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135016217004> [Consultado o: 24/03/2015]
- DOGA (2009). *DECRETO 330/2009, de 4 de junio, por el que se establece el currículo de la educación infantil en la Comunidad Autónoma de Galicia*. Recuperado de: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2009/20090623/Anuncio202E2_es.html [Consultado o 20/05/2015]
- Escola de Educadores/as no Tempo Libre, Animación e Intervención Social” de Cruz Vermella Xuventude Galicia (2004). *Animación hospitalaria. Guía de orientación e recursos*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/135310580/28831383-Animacion-Hospitalaria#scribd> [Consultado o 03/04/2015]
- Esquembre, C. e Pérez, M. S. (2012). *Arteterapia y oncología pediátrica: “Imágenes de la incertidumbre, una manera de convivir con la enfermedad”*. Recuperado de: <http://congresos.um.es/isasat/isasat2012/paper/viewFile/28381/13171> [Consultado o: 19/06/2015]

- Estévez, N. E Otero, M. (2008). Aula hospitalaria de Ourense. *Revista Saudina*, 15, 89 – 92. Recuperado de: <http://www.edu.xunta.es/ftpserver/portal/DXPL/saudina/saudina15.pdf> [Consultado o: 24/03/2015]
- Estévez, N. (2011). *Aulas hospitalarias. Juegos*. Recuperado de: <http://www.aulashospitalarias.es/peluso-y-los-aros-de-colores/> [Consultado o 15/06/2015]
- Fernández, S. Cáceres, M. P. e Aznar, I (2006). Principales características y ámbitos de actuación educativa. *Revista de Ciencias de la Educación*, 206, 227–246. Recuperado de: http://www.icceiberaula.es/images/stories/Ciencias/206_6.pdf [Consultado o :08/02/2015]
- Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (s. d.). *Mission of HOPE*. Recuperado de: <http://www.hope.be/02abouthope/abouthopefirstpage.html> [Consultado o:30/04/2015]
- Leblic, V. (2005). La pedagogía hospitalaria y las aulas del Hospital Nacional de Parapléjicos. *Idea La Mancha: Revista de Educación de Castilla-La Mancha* 1, 173 – 176. Recuperado de: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/92886/00620073000025.pdf?sequence=1> [Consultado o: 07/01/2015]
- Lizasoain, O. e Lieutenant, C. (2002). La pedagogía hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal. Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica. *Estudios sobre educación*, 2, 157-165. Recuperado de: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/8075/1/Notas%201.pdf> [Consultado o: 19/03/2015]
- Lizasoain, O. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre Educación*, 9, 189 – 201. Recuperado de: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/8923/1/NF.PDF> [Consultado o: 16/02/2015]
- Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. En *Formación, revista de curriculum y formación del profesorado*, 3 (2), 105-120. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf> [Consultado o: 16/03/2015]
- Pascual, L. e Castro, E. (2010). *Arteterapia en hospitalización pediátrica: Un paso más hacia la humanización de la asistencia sanitaria*. Recuperado de: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/72544be2-35a9-441c-a9fe-1e65dece0a48/52e969f0-d49c-444a-8b90-2782cd585ce1/Arteterapia_hospitalizacion_pediatria_t.pdf [Consultado o: 19/06/2015]
- Polaino – Lorente, A. e Lizasoain, O. (1992). Historia reciente de un modelo de innovación. *Psicothema*, 4 (1), 49 – 67. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/814.pdf> [Consultado o: 10/02/2015]
- Roa, E. (2008). *Pedagogía Hospitalaria. Chile – España – Centro América* [pdf]. Recuperado de: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/103/chilespanhacentroamerica.pdf> [Consultado o: 23/12/2014]
- Salmela, M. (2010). *Hospital – related fears and coping strategies in 4 – 6 years – old children* [pdf]. Recuperado de: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22646/hospital.pdf?sequence=1> [Consultado o: 20/03/2015]
- Serradas, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio – familiar. En *Revista de Pedagogía* 24 (71), 447 – 468. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-979220030003000005&lng=es&nrm=iso [Consultado o 17/03/2015]
- Serradas, M. (2010). Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia en ambientes hospitalarios. En *Rev Venez Oncol*, 22 (3), 174-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v22n3/art06.pdf> [Consultado o 19/03/2015]
- Tresierra, J. (2005). *Musicoterapia y pediatría*. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v58n1/pdf/a11.pdf> [Consultado o: 19/06/2015]
- Vallés Arándiga, A. (2006). *Disruptividad y educación emocional*. Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.carm.es%2Fweb%2Fpagina%3FIDCONTENIDO%3D23321%26ID IPO%3D100%26RASTRO%3Dc%24m5316%2C5917%2C23241%2C23279%2C23318&ei=xNCWVb eeN8eAUfGHurAH&usq=AFQjCNFQHmn7VK3bpcEUG7dIK_8A1AUMcw [Consultado o 24/06/2015]
- Xunta de Galicia (2009). *A atención educativa hospitalaria e domiciliaria en Galicia*. Recuperado de: http://issuu.com/contidos/docs/atencion_hospit?e=0 [Consultado o 14/03/2015]

ANEXOS

Anexo I: Lexislación sobre as aulas hospitalarias

Ata o ano 1982 non apareceu un marco lexislativo que amparaba o dereito á educación. Isto comezou a xestarse coa aparición da Constitución (1982) que recollía no seu artigo 27, 2 puntos concretos relacionados co tema a tratar: o 1, facía referencia ao feito de que “todos teñen dereito á educación” e o punto 5, contemplaba o feito de que os poderes públicos deberían garantir eses dereitos á educación coa participación efectiva de todos os sectores, o que tamén abarcaba a educación dentro das aulas hospitalarias.

A pesares disto, ata 1982, coa chegada da Lei de Integración Social dos Minusválidos do 7 de Abril (BOE, 1982), non se comezou a ter verdadeiramente en conta a actuación educativa nos hospitais. Esta lei no seu artigo 29, contemplaba a ampliación da atención ao neno hospitalizado, de maneira que todos os hospitais tiñan que contar cunha sección pedagóxica. A dita Lei tamén se facía referencia no Real Decreto 2639/1982 do 6 de marzo da Ordenación da Educación Especial.

No 1983, apareceu o Programa de Educación Compensatoria (BOE, maio 1983) que influíu de forma moi beneficiosa sobre os colectivos marxinados, entre os que se topaban os nenos e nenas dos hospitais. En dita lei, se recollían aspectos tan destacables como a constitución de servizos de apoio escolar e centros de recursos para os centros docentes con maiores desfases académicos entre idade e curso académico do alumnado.

O Real Decreto 334/1985, seguiu facendo fincapé no mesmo punto do tratamento do neno/a hospitalizado/a, buscando evitar a marxinación do proceso educativo do alumnado ingresado e facendo referencia a unha Educación Especial que non só incluía a nenos e nenas con deficiencias ou minusvalía, senón que contemplaba, como centros de Educación Especial, tamén ás aulas hospitalarias polas súas características.

A isto se sumou a aparición en 1986 da Carta Europea dos Dereitos dos Nenos hospitalizados e máis tarde, a Lei Orgánica de Ordenación Xeral do Sistema Educativo (LOXSE) de 1990, recollía un título enteiro dedicado á Compensación das Desigualdades en Educación e reflectía no seu artigo 63 que “...os poderes públicos desenvolverán as accións de carácter compensatorio en relación coas persoas (...) que se atopen en situacións desfavorables e proverán os recursos económicos para dito fin” (Art. 63, LOXSE 1/1990, 3 de outubro). Isto vese completado co documento sobre Aulas Hospitalarias de 1991 elaborado pola Subdirección Xeral de Educación Compensatoria, que indica aspectos relacionados coa atención educativa dos nenos de curta, media e longa hospitalización ou convalecencia.

Xa no Real Decreto do 28 de Abril de Ordenación da educación dos alumnos con Necesidades Educativas Especiais se indicaba que “o Ministerio de Educación e Cultura promoverá a creación, nos centros hospitalarios e de rehabilitación, de servizos escolares para o adecuado desenvolvemento do proceso educativo do alumnado de educación infantil, educación primaria e educación secundaria obrigatoria internados neles” (Art. 3.6., R D 696/1995, do 28 de abril).

Esta idea tamén se viu reflectida no Artigo 19.1 do Real Decreto de 299/1996 do 28 de Febreiro que recollía aspectos como: “O Ministerio de Educación e Ciencia creará unidades escolares de apoio nos centros hospitalarios, sostidos con fondos públicos, que manteñan regularmente un número suficiente de alumnos en idade de escolaridade obrigatoria”.

A nivel galego sería tamén necesario ter en conta o Decreto 320/1996 de 16 de xullo, que facía referencia no segundo punto do seu artigo 5, á promoción das experiencias de escolarización dos centros hospitalarios para continuar o proceso educativo.

En 1998, o 18 de maio, apareceu un convenio sobre “aulas hospitalarias” firmado entre o Ministerio de Educación e Cultura e o Ministerio de Sanidade e Consumo buscando desta maneira desenvolver un programa de atención educativa á poboación hospitalizada en idade escolar, permitindo a continuidade no proceso de escolaridade.

A partir de este convenio, recolle Lizasoáin (2005), que o Ministerio de Educación situouse como responsable da organización das aulas hospitalarias, encargándose, tal e como dicía a sétima cláusula, do profesorado, do material e da dotación económica suficiente para a súa adquisición e renovación. Por outra banda, o Instituto Nacional de Saúde comprometéase, e así se reflectía na oitava cláusula, a habilitar os espazos necesarios nos centros hospitalarios para a elaboración destas aulas, así como, asumir os gastos relacionados coa infraestrutura e mantemento do equipamento informático.

A maiores, a Orde do 22 de xullo de 1999 regulaba a actuación compensatoria nos centros docentes sostidos con fondos públicos facendo referencia no seu capítulo I á educación de colectivos en desvantaxe social como pode ser o caso do alumnado das aulas hospitalarias.

En Galicia, no 2002, publicado no DOGA, a Orde do 27 de decembro, na sección II, dende o artigo 47 ao 52 recollía diferentes aspectos relacionados coa educación hospitalaria e domiciliaria, dende aspectos organizativos e sobre o programa ata o tipo de servizos e a finalidade deste tipo de educación.

En canto á LOE (2/2006, 3 de maio), esta non fai unha referencia directa ás aulas hospitalarias pero recollen aspectos relacionados coa educación compensatoria. Así pois, tomando como referencia as ensinanzas establecidas na LOE, e facendo alusión a nivel autonómico, no ano 2011, cabe destacar a existencia do decreto 229/2011, do 7 de decembro, polo que se regulaba a atención á diversidade do alumnado na Comunidade Autónoma de Galicia. Este decreto plasma no seu artigo 25, diferentes aspectos sobre a atención educativa hospitalaria e domiciliaria na Comunidade.

Por último, xa na Lei Orgánica 8/2013, do 9 de decembro, para a mellora da calidade Educativa (LOMCE), dicir que non se fai referencia directa ás aulas hospitalarias, nin se contempla nada en relación á educación compensatoria, manténdose o lexislado pola LOE, tal e como figura na súa disposición final sétima na modificación “cento oito”.

Referencias legislativas sobre as aulas hospitalarias por orde cronolóxica:

- Constitución Española 1978, 29 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> [Consultado o 10/12/2014]
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de abril de 1982, núm. 103, pp. 11106 – 11112. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-9983 [Consultado o 10/12/2014]
- Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la Educación Especial. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de octubre de 1982, núm. 253, , 29118 -29119. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-27328> [Consultado o: 10/12/2014]
- Real Decreto 1174/1983, de 27 de abril, sobre educación compensatoria. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de mayo de 1983, núm. 112, pp. 13109 – 13110. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1983/05/11/pdfs/A13109-13110.pdf> [Consultado o 10/12/2014]
- Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de Marzo de 1985, núm. 65, pp. 06917-06920. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/03/16/pdfs/A06917-06920.pdf> [Consultado o 10/12/2014]
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*, de 4 de octubre de 1990, núm. 238, pp. 28927 – 28942. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-24172> [Consultado o: 10/12/2014]
- Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. *Boletín Oficial del Estado*, de 2 de junio de 1995, núm. 131, pp. 16179 – 16185. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-13290> [Consultado o 10/12/2014]
- Real Decreto de 299/1996 ,de 28 de Febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación. *Boletín Oficial del Estado*, de 12 de marzo de 1996, núm. 62, pp. 9902 – 9909. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/03/12/pdfs/A09902-09909.pdf> [Consultado o: 05/02/2015]
- Decreto 320/1996, de 26 de julio, de ordenación de la educación de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales. *Diario Oficial de Galicia*, de 6 de agosto, núm. 153, pp. 7491 – 7496. Recuperado de: http://www.xunta.es/dog/Publicados/1996/19960806/AnuncioE586_es.html [Consultado o: 05/02/2015]
- Resolución de 3 de julio de 1998, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados. *Boletín Oficial del Estado*, de 28 de julio de 1998, núm. 179, pp. 25610 – 25612. Recuperado de: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-18120 [Consultado o: 10/12/2014]
- Orden de 22 de julio de 1999 por la que se regulan las actuaciones de compensación educativa en centros docentes sostenidos con fondos públicos. *Boletín Oficial del Estado*, de 28 de julio de 1999, núm. 179, páginas 28052 – 28056. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-16373> [Consultado o: 11/12/2014]
- ORDEN de 27 de diciembre de 2002 por la que se establecen las condiciones y criterios para la escolarización en centros sostenidos con fondos públicos del alumnado de educación no universitaria con necesidades educativas especiales. *Diario Oficial de Galicia*, 30 de enero

de 2003, núm. 20, pp. 1088 – 1096. Recuperado de: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2003/20030130/Anuncio2DDA_es.html [Consultado o 11/12/2014]

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf> [Consultado o 11/12/2014]

Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia en los que se imparten las enseñanzas establecidas en la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación. *Diario Oficial de Galicia*, 21 de diciembre de 2011, núm. 242, pp. 37487 – 37516. Recuperado de: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2011/20111221/AnuncioC3K1-141211-9823_es.html [Consultado o: 11/12/2014]

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de diciembre de 2013, núm. 295, pp. 97858 – 97917. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf> [Consultado o: 11/12/2014]

Anexo II: Atención á familia e ao seu entorno

Cando a un neno se lle detecta unha enfermidade, a familia recibe un choque emocional cargado de diferentes sensacións como negación do diagnóstico, ira, incertidume, culpabilidade, etc. Así como certos problemas sociais e psicolóxicos e de parella (Grau, 2004). A vida cotiá familiar, tal e como sinala Serradas (2003), se ve mudada e aparecen sentimentos moi intensos de rabia, temor, culpa, dor... que en moitas ocasións deriva no illamento da familia e nunha necesidade de readaptación a unha nova situación moi complexa. Todo isto repercute nunha serie de circunstancias que tamén é necesario ter en conta á hora de actuar co alumnado hospitalizado, pois a súa familia e entorno tamén supoñen un elemento fundamental sobre o que prestar atención. Se debe animar ás familias a participar en todo o proceso do alumnado no tempo que estea hospitalizado, non só nos aspectos clínicos, senón moi especialmente no ámbito educativo, xa que, en ocasións, mesmo permanecerán dentro das aulas cos seus fillos.

Sinalan Grau e Ortiz (2001), que na etapa educativa de Educación Infantil, os nenos e nenas dependen de forma practicamente total da súa familia, por iso, neste momento evolutivo, toman un papel verdadeiramente especial no proceso. A maiores, xa cara os 3 – 4 anos os familiares deixan de ser os únicos que entenden a situación, por iso, débesele empezar a explicar aos cativos e cativas a situación que están a vivir, o feito de recibir un tratamento, etc., seguindo unha acción paralela que implique a familia e nena/o.

Por outra banda, cabe destacar o feito de que, a maneira en que a familia fale da enfermidade e os sentimentos que transmita á nena ou neno, fará que este a asuma dunha maneira ou outra (Urmeneta, 2010). Moitas veces son os propios proxenitores os que se culpabilizan de que a causa da longa hospitalización poida ser debido a algo evitable, como unha caída por falta de supervisión, que acadou graves consecuencias (Plank, 1966). Isto, en máis dunha ocasión pode debilitar a relación de parella e provocar unha desestruturación familiar.

En canto aos demais compoñentes da familia, recollen González – Simancas e Polaino - Lorente (1990) e Serradas (2003) que os períodos de hospitalización provocan nos proxenitores unha carga adicional de angustia que poden transmitir ao resto dos fillos. Isto pode influír en que se sintan desprazados e afecte tamén á súa vida cotiá, chegando mesmo a producirse, como consecuencia, certos comportamentos e condutas anómalas noutros membros da contorna próxima.

Tamén debe de animarse aos pais e nais dos discentes a que no tempo que están na escola eles/as aproveiten para irse do hospital, para evadirse ou facer determinadas tarefas que necesiten (Grau e Ortiz, 2001).

Ante esta situación, tal e como indica Urmeneta (2010), aparece na familia unha necesidade de esforzo para poder superar as dificultades ás que se teñen que enfrontar, véndose este

traballo incrementado no caso das familias monoparentais, que adoitan necesitar un maior apoio emocional debido ao maior desgaste ao que se ven sometidos.

Ochoa e Lizasoáin (2003) engaden que algunha das principais preocupacións durante este período son: deterioro progresivo máis ou menos rápido do estado do neno, situacións de inseguridade fronte ao pronóstico, cambio do estilo de vida para axustarse ao tratamento, hospitalizacións ou síntomas, afectación da súa vida social, diminución das posibilidades económicas: tratamentos, produtos auxiliares, etc. Todo isto provoca a necesidade de poñer en práctica diferentes estratexias familiares, así como o desenvolvemento conxunto de diferentes programas de intervención entre o pedagogo, persoal médico e o profesorado do centro hospitalario no que se atopen.

Os profesionais da educación da aula hospitalaria deberán implicar ás familias nos procesos educativos, dando apoios animicamente e transmitíndolle que a súa implicación na aula e nas actividades, será clave na pronta recuperación dos discentes (Xunta de Galicia, 2009). Con isto hai que sinalar que, aínda que na aula hospitalaria non se traten directamente aspectos de psicoloxía familiar, o docente debe de ser coñecedor destas problemáticas e axudar, dentro da súa competencia, a que poidan superar e levar da mellor forma posible a situación á que se enfrontan, así como deberá de ser consciente da influencia destas circunstancias familiares ao traballar co alumno/a implicado/a.

Anexo III: Atención educativa domiciliaria

A atención educativa domiciliaria persegue propiciar a reincorporación do neno e nena ao sistema educativo, sendo necesaria unha estrita coordinación do profesorado ou voluntariado que a leve a cabo e a escola de orixe. Así mesmo, esta atención, unha vez que se normalice a situación e o neno regrese á escola, deberá de ir deixándose de forma progresiva para non romper a relación dunha maneira brusca (Álvarez, 2003).

Tal e como comentan Abeal e Doval (2000), hai unha clara tendencia a que as hospitalizacións sexan máis curtas e permanezan os períodos de convalecencia no seu domicilio. A atención educativa domiciliaria vai dirixida a aqueles cativos que deben de pasar un número superior a 21 días de convalecencia, por prescripción médica, no seu fogar e non poden asistir á escola (Barbarín, Bariáin, Belloso e Sádaba, 2010).

Este servizo xurde por primeira vez na década dos 80, en Estados Unidos, con algúns estudos experimentais como *Home Care Program* (González – Simancas e Polaino-Lorente, 1990). En España, aparece cara o ano 1995 cando se pon en marcha o Programa de Apoio Educativo Domiciliario para alumnado enfermo de longa duración. Esta iniciativa partiu da Fundación Cooperación e Educación (FUNCOE), unha Organización Non Governamental, composta por titulados moi diversos que acoden como voluntarios aos domicilios, que xunto co Comité Español de Unicef, iniciaron o programa (Álvarez, 2003).

A maiores, a ordenación xurídica é bastante recente e está escasamente implantada. En 1996 apareceu no Real Decreto 299/1996, do 28 de febreiro⁸, Ordenación das accións dirixidas á compensación de desigualdades en educación, que recollía, no seu artigo 20 a elaboración de convenios con entidades públicas e ONG´s (que reciben subvencións anuais) para que leven a cabo procesos de atención Educativa Domiciliaria.

Para solicitar a atención domiciliaria, os pais e nais poden facilitar, ao centro escolar no que o neno está matriculado, o informe médico e unha solicitude para recibir esta atención, que será todo tramitado a través da Delegación Provincial da Consellería de Educación. (Estévez e Otero, 2008).

⁸ Real Decreto 299/1996, del 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, 12 de marzo de 1996. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/1996/03/12/pdfs/A09902-09909.pdf>

Anexo IV: A volta á escola do alumnado hospitalizado

A vida diaria dun neno está en gran medida influenciada pola idea do “escolar”, se aparece unha enfermidade, este centro temático pasa a tomar como eixo principal a “enfermidade”. O tipo ou necesidade educativa que presente á súa volta ao colexio de referencia vai a definirse en función da atención psicopedagóxica que recibira durante a súa hospitalización, como vive e viviu a enfermidade ou como foi o conxunto de adaptación á situación (Ochoa e Lizasoán, 2003).

Algunhas pautas de actuación coa volta á escola da nena ou neno serían: estimular ao alumno/a para que renda ao máximo, aínda que se respecte que estea máis sensible, a disciplina debe de ser imposta da mesma maneira que aos compañeiros/as da aula ordinaria, informar (co consentimento dos familiares e sempre dende a confidencialidade), da situación ao resto do profesorado e explicalo dunha maneira adaptada aos demais discentes da aula (Lizasoán, 2000).

Será necesario e moi interesante poder levar á aula ordinaria antes de que regrese o compañeiro que estivo hospitalizado, certa información sobre a enfermidade do mesmo (Urmeneta, 2010). Ao tratarse de Educación Infantil, esta información deberá de ser bastante sinxela e un tanto superficial, pero haberá que facerlles ver que pode supoñer un problema para a compañeira ou compañeiro certos comportamentos na aula. Así mesmo, poderase traballar a empatía e a educación en valores a través do ensino da valoración do esforzo que lle implica a este/a retomar a súa escolarización. A maiores, Ochoa e Lizasoán (2003) indican que será importante informar ao colexio sobre a situación e que á nena ou neno se lle explique como poden reaccionar á súa reincorporación ou que preguntas lle poden facer (“Por que faltaches tanto? Por que che falta o pelo?, etc.).

Por outra banda, a volta á escola supón para os proxenitores un motivo de preocupación engadido. Estes pasan de estar bastantes horas co cativo a non estar con el/ela durante toda a xornada escolar. A isto súmase o temor e a inquietude de se lle pasará algo, se a escola estará preparada para afrontar as complicacións posibles que poidan aparecer, se se topará incómodo, etc. O mesmo acontece por parte do profesorado, que non se senten seguros sobre como actuar ante unha posible complicación ou non se ven preparados para facelo (Urmeneta, 2010).

Ademais, cando o alumnado regresa á escola pode presentar unha serie de problemas (físicos, académicos, psicolóxicos, de comportamento, etc.) que os caracteriza. Por iso, é necesario que se establezan certos programas que preparen ao alumno/a para a súa reincorporación. En moitos casos, estes programas son postos en marcha polos centros sanitarios, pero noutras ocasións, son outras entidades os que os levan a cabo. Algúns exemplos poderían ser o Programa de Apoio Educativo HELP (Universidade de Rochester e do *Medical Center* de Nueva York) ou o Programa escolar pediátrico *Do Sothwestern Notario*

Children's Hospital. A estes tamén se suman aqueles creados por algunhas asociacións de pais e nais de nenos enfermos, este é o caso de ASPANION (Comunidade Valenciana) ou ASANOG (Galicia).

Pola súa parte, o docente do centro de referencia debe: visitar ao neno no hospital para que siga sentindo o contacto coa aula de referencia, falar cos pais sobre as posibles medidas de actuación e preguntar a información que se considere oportuna, comentar co mestre do hospital que se realizou durante o período de ingreso e o que se ten previsto coa reincorporación, comprobar os accesos ao centro e as distintas aulas, ser flexible co traballo escolar, etc. (Lizasoáin, 2000). Así mesmo, tal e como cita Serradas (2010), o docente do hospital debe ser capaz de manter unha estreita colaboración co profesorado do centro de orixe xa que terán que elaborar un programa de volta á escola, de maneira cooperativa, no que se inclúan obxectivos que impliquen a toda a comunidade escolar e sirvan para preparar o grupo clase que vai recibir novamente ao compañeiro/a, á vez que realizan as adaptacións curriculares oportunas.

Anexo V: Exemplos de actividades para traballar as emocións nas aulas hospitalarias.

Tomando como referencia a flor das competencias (véxase *Ilustración 4*), a continuación se recollen un exemplo de posibles actividades que se poderían levar á aula hospitalaria co alumnado de Educación Infantil, agrupadas seguindo as competencias indicadas:



Ilustración 4. Flor de competencias emocionais (López, 2011, p. 22)

Competencia que se traballa	Nome da actividade	Páxina
Conciencia emocional	Xogo de miradas	42
	Convértome en...	43
	Debuxo e sinto	44
Regulación emocional	Cóxegas	45
	A tartaruga	46
	Peluso e os aros de cores	47
Autonomía emocional	Bicos e abrazos	48
	O espello	49
	Eu son bo en...	50
Competencia social	Axúdame?	51
	Eu sinto, ti sentes	52
	Risoterapia por parellas	53
Habilidades para a vida e o benestar	Onde estou?	54
	Facemos unha aula mellor?	55

CONCIENCIA EMOCIONAL

Actividade 1: Xogo de miradas

Idade recomendada⁹:	Agrupamento:	Recursos:
0 – 1 anos	Parellas	✓ Un espello ✓ Espazo con pouco mobiliario

Obxectivos:

- Imitar diferentes expresións corporais.
- Empregar a cara e o corpo como forma para expresar distintas emocións.
- Introducirse no significado das emocións.

Descrición:

O adulto, unha vez conseguida a atención do cativo ou cativa, achegarase a el/ela representando algunha emoción concreta. Unha vez realizado isto, observarase a reacción do cativo/a e se irán representando diferentes expresións emocionais básicas (tristeza, alegría, enfado, etc.).

Tamén se poderá empregar un espello con idea de que se os participantes xa son capaces de expresarse e intentan imitar as emocións, as perciban no espello e vaian tomando consciencia das mesmas.

Observacións:

Será importante observar como reacciona o infante para ir adaptando as emocións, comprobar si entenden o que se está a facer, etc.

Actividade collida de López (2011)

⁹ Aínda que as actividades que aquí se recollen estean divididas por idades, sería moi positivo poder levalas a cabo de maneira conxunta traballando con tódalas idades de forma cooperativa, substituíndo a figura do adulto polo alumnado de maior idade. Desta forma, podemos aproveitar o grande beneficio que nos aporta unha das principais características deste tipo de aulas como é a diversidade de idades e características e permitir que desta maneira, uns aprendan dos outros.

Actividade 2: Convértome en...

Idade recomendada:

2 – 3 anos

Agrupamento:

Gran grupo

Recursos:

✓ Disfraces ou complementos

Obxectivos:

- Utilizar a dramatización como forma de expresión e concienciación emocional.
- Traballar o significado das emocións.

Descrición:

O adulto será o encargado de comezar guiando a sesión e explicará que “ten poderes máxicos” e que é capaz de transformar aos alumnos e alumnas para que representen distintas emocións. Así pois, cando o docente indique que os nenos e nenas deben de expresar alegría, estes/as reaccionarán a dita petición expresándose libremente como consideren.

Observacións:

No caso de que os nenos e nenas xa sexan capaces de falar correctamente e despois de ter traballado previamente os aspectos emocionais, poderá ser o infante o que tome o rol de guía. A maiores, ao tratarse dun aula hospitalaria no que pode que haxan poucos cativos destas idades, o adulto poderá tomar o rol do alumnado sendo el quen siga as pautas do alumno/a que adopte o papel de guía da actividade.

Actividade adaptada de López (2011)

Actividade 3: Debuxo e sinto

Idade recomendada:

3 – 6 anos

Agrupamento:

Parellas e gran grupo.

Recursos:

- ✓ Folios ou cartolinas
- ✓ Lapis de cores e goma

Obxectivos:

- Recoñecer as propias emocións.
- Asociar acontecementos cos sentimentos que os acompañan.
- Usar a expresión plástica como elemento para recoñecer as emocións.

Descrición:

Se lles indicará ao alumnado que realicen un debuxo dun momento ou situación na que se sentiran alegres, unha ocasión na que se sentisen contentos, outra con medo e outra enfadados. Posteriormente deberán explicar o debuxo, a emoción e o porqué da mesma.

Observacións:

A parte final poderá facerse en gran grupo, pero como indica Bisquerra (2010), aínda que sexa necesario crear un clima de calma e participativo, non significa isto que se teña que expoñer as propias emocións en público. Soamente cando se teña creado un clima de mutua confianza se poderá invitar ao alumnado a que expoña as súas experiencias se o considera oportuno.

Co resultado final pódense agrupar os debuxos e crear un “libro das emocións”.

Actividade de elaboración propia

REGULACIÓN EMOCIONAL

Actividade 4: Cóxegas

Idade recomendada:

0 – 1 anos

Agrupamento:

Parellas

Recursos:

✓ Plumas

Obxectivos:

- Experimentar as cóxegas.
- Vivenciar as emocións positivas.

Descrición:

Esta actividade consistirá en facerlle cóxegas ao neno ou nena para que así experimente a sensación de benestar que provoca a risa, enfatizando o adulto que esta expresión facial se relaciona coa emoción de alegría.

Observacións:

É imprescindible ter en conta que se deben respectar aos nenos/as que non lle guste esta actividade, evitando insistir se non é do seu agrado.

Actividade adaptada de López (2011)

Actividade 5: A tartaruga

Idade recomendada:

2 – 3 anos

Agrupamento:

Gran grupo e individual

Recursos:

✓ Conto “A tartaruga”.

Obxectivos:

- Entender o inicio de certas emocións negativas.
- Aprender a regular a ira.

Descrición:

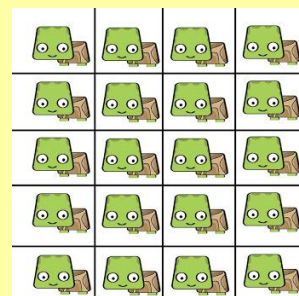
Partindo da lectura do conto que se recolle despois, traballarase a idea de que os cativos/as sexan capaces de controlar a súa ira cada vez que se enfadan, tomando como soporte a idea principal recollida neste conto. Desta maneira, cada vez que o docente comprobe que un neno/a vai mancar a alguén ou facer algo malo, se lles berre tartaruga, para que imiten á protagonista da historia e intenten calmarse. En idades posteriores e tras un traballo progresivo, pretenderase que sexan os propios cativos quen consigan ir adquirindo este hábito sen indicacións do adulto

A tartaruga:

Había unha vez unha tartaruga moi simpática que vivía rodeada de moitos amigos e amigas cos que lle encantaba xogar. A pesar de iso, cada vez que algo non lle gustaba se poñía moi enfadada e empezaba a berrar, pegar e dicir cousas feais aos demais. Cada vez que pasaba isto, os seus compañeiros/as se poñían tristes e pouco a pouco foron deixándolle de falar. A tartaruga, pouquiño a pouco, se foi quedando cada vez máis e máis soa. Certo día, unha tartaruga de moitos anos falou con ela e lle explicou que cada vez que se enfadaba, tiña que aprender a controlar a súa ira, de maneira que cando notaba que se ía a empezar a enfadar moito, se metera dentro da súa cuncha e permanecera alí ata que notase que xa estaba máis tranquila. Dito e feito, nosa tartaruga, cada vez que se enfadaba, se metía dentro do cuncha e esperaba ata que se tranquilizaba para volver a falar cos amigos/As, e pouco a pouco, así foi como a tartaruga recuperou a amizade de todos os seus amigos e amigas e aprendeu a controlar os seus enfados.

Observacións:

Esta actividade pode estar acompañada dunha táboa na que se vaian cubrindo as ocasións nas que o neno ou nena realiza correctamente a actividade e así servir de incentivo para ocasións futuras.



Idea extraída e adaptada do programa PATHS de Greenberg e Kusché (citado por Goleman, 2003)

Actividade 6: “Peluso e os aros de cores”

Idade

recomendada:

3 – 6 anos

Agrupamento:

Parellas ou gran grupo

Recursos:

- ✓ CD – ROM: Revenga, D. (2007). *Peluso y los aros de colores*. [CD- ROM] Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa, D.L.
- ✓ Soporte audiovisual

Objetivos:

- ✓ Descubrir situacións que nos producen emocións negativas.
- ✓ Experimentar formas de canalizar emocións negativas (especialmente o medo) sobre o quirófano e a hospitalización.

Descrición:

O CD – ROM recolle un conto e distintas actividades que traballan principalmente o medo, xunto con outras emocións un tanto negativas relacionadas coas intervencións cirúrxicas e a hospitalización.

Observacións:

Ao tratarse dun soporte audiovisual, pode ser reproducido tanto na aula en conxunto como na propia habitación. Sendo necesario completar este proceso con distintas actividades relacionadas, a maiores das propias que facilita o propio CD.



Actividade recollida de Estévez (2011)

AUTONOMÍA EMOCIONAL

Actividade 7: Bicos e abrazos

Idade recomendada:

0 – 1 anos

Agrupamento:

Parellas

Recursos:

- ✓ Boneco
- ✓ Pinta - beizos (opcional)

Obxectivos:

- Vivenciar a práctica dos bicos e abrazos como aspecto positivo.
- Sentirse apreciado.

Descrición:

A actividade consistirá en xogar a dar bicos e abrazos entre adulto – infante e tamén intervindo o seu boneco preferido. É necesario que para esta actividade exista primeiramente creado un vínculo de confianza que permita levala a cabo sen ningún problema.

Observacións:

Pódese empregar o pinta – beizos como algo opcional para que así quede constancia dos bicos.

Actividade adaptada de López (2011)

Actividade 8: O espello

Idade recomendada:

2 – 3 anos

Agrupamento:

Gran grupo

Recursos:

✓ Espello

Obxectivos:

- Valorarse positivamente.
- Identificarse ante un espello.

Descrición:

Un por un cada neno irá situándose diante dun espello (no caso de falta de mobilidade se lle facilitará dito achegamento). Diante do mesmo deberán de dicir o seu nome e dicirse unha calidade ou frase bonita ao espello.

Observacións:

Esta actividade as primeiras veces adoita ser moi complexa e custar moito de facer, xa que a vergonza ante a situación e a dificultade para poder manterse a mirada véndose nun espello complica, pero coa repetición, comeza a perfeccionarse. A maiores, é necesario indicar que non debemos fixarnos na calidade do que digan nin de si é repetido, senón na capacidade para realizar o exercicio.

Actividade de elaboración propia

Actividade 9: Eu son bo en...

Idade recomendada: 3 – 6 anos	Agrupamento: Gran grupo ou pequeno grupo	Recursos: ✓ Gorro de “protagonista”
---	--	---

Obxectivos:

- Desenvolver a autoestima e o autoconceito.
- Realizar comentarios positivos cara os compañeiros.

Descrición:

Utilizando un gorro de “protagonista” como elemento principal, cada alumno/a en gran ou pequeno grupo irá indicando unha calidade propia positiva (nos máis pequenos probablemente lles custe máis) e tamén intentarán dicir algo positivo da compañeira ou compañeiro do lado.

Observacións:

Nesta actividade pode combinarse nenos e nenas de practicamente tódalas idades xa que é interesante e motivante para todos/as.

Actividade de elaboración propia

COMPETENCIA SOCIAL

Actividade 10: Axúdame?

Idade recomendada: 0 – 1 anos	Agrupamento: Parellas	Recursos: ✓ Unha saba
---	---------------------------------	---------------------------------

Obxectivos:

- Introducirse no traballo cooperativo.
- Comezar a identificar as emocións dos demais.
- Empezar a desenvolver a empatía.

Descrición:

Ofrecéndolle ao neno/a unha saba, comezaremos movéndoa á vez que lle falamos ou diriximos certas expresións cara el, manifestando en todo momento cara de moita alegría e buscando a súa participación. No momento que o neno/a pare de mover a saba, faremos expresións e xestos esaxerados de pena, ata que o cativo volva a retomar o movemento da saba e se retomen as expresións de ledicia.

Observacións:

Será necesario esperar a que o neno/a pare de mover a saba e así poder realizar esta actividade, pero despois de percibir un par de veces o motivo polo que o adulto modifica tanto as súas expresións, repetirao máis axiña, sinal de que comeza a ser consciente das emocións dos outros, aínda que nun primeiro momento. A maiores, esta actividade permitirá adentrarse na necesidade da cooperación e na interacción social.

Actividade de elaboración propia

Actividade 11: Eu sinto, ti sentes.

Idade recomendada:

2 – 3 anos

Agrupamento:

Gran grupo

Recursos:

- ✓ Historia real da aula.
- ✓ Monicreques ou ilustracións

Obxectivos:

- Ser capaz de solucionar conflitos de forma positiva.
- Descubrir a empatía.

Descrición:

Esta actividade consiste en narrar aos discentes unha pequena historia sacada dun acontecemento significativo na aula relacionado con problemas de conducta cos iguais ou adultos presentes. Despois de narrala, preferiblemente acompañada de ilustracións ou monicreques (que pode elaborar o alumnado), se lles preguntará que aspectos consideran que estiveron mal, que poderían modificar e como deberían actuar en ocasións futuras.

Observacións:

A idea desta actividade xurde como consecuencia de que, unha das principais características que podemos ver nas aulas hospitalarias co alumnado de 2 – 3 anos é principalmente os problemas de conducta relacionados co querer empezar a dar a coñecer a súa opinión e ter sempre a razón, intensificada pola situación peculiar que están a vivir.

A maiores, hai que destacar que, ao tratarse de cativos bastante pequenos, sería interesante animalos a expresarse e que o docente interveña como guía e apoio sempre que se considere oportuno para así incentivar á participación.

Actividade adaptada de López (2006)

Actividade 12: Risoterapia por parellas

Idade recomendada:

3 – 6 anos

Agrupamento:

Parellas ou pequeno grupo

Recursos:

- Disfraces e complementos

Obxectivos:

- Acadar o benestar de maneira cooperativa.
- Descubrir a risa como unha forma de fomentar as emocións positivas.

Descrición:

Empregando como base unha actividade considerada de risoterapia consistirá en que fronte a un compañeiro/a se intente facer rir e, ao mesmo tempo, se repitan os xestos, buscando que se produza unha risa conxunta. Posteriormente, se cambiarán os roles dos participantes, e o que repetía os xestos agora será quen os fará primeiro.

Observacións:

A principal finalidade desta actividade será a busca conxunta do benestar a través da risa e todos os beneficios que esta aporta, sen importar como esta se consiga nin que materiais se empreguen, pero sempre respectando ás distintas compañeiras e compañeiros da aula e ao docente.

Actividade de elaboración propia

HABILIDADES PARA A VIDA E O BENESTAR

Actividade 13: Onde estou?

Idade recomendada:

0 – 1 anos

Agrupamento:

Parellas

Recursos:

✓ Un pano

Obxectivos:

- Comprender que a figura de apego seguen estando presentes aínda que non se vexan (permanencia de obxecto).
- Crear, xunto co adulto, unha atmosfera de benestar.

Descrición:

O xogo será como o clásico “cucú”, de maneira que con axuda dun pano, iremos tapándonos nós e ao bebé, demostrándolle que aínda que non nos vexamos por un momento, seguiremos estando presentes.

Observacións:

Como un dos obxectivos indica, búscase adaptar ao bebé á posibilidade de que independentemente da presenza ou non das súas figuras de apego seguirán estando, deberá de animarse ás familias a realizar esta actividade. Desta maneira inténtase reducir a ansiedade que xurde cada vez que o cativo/a ten que abandonar aos seus pais por mor dunha proba ou intervención médica.

Actividade adaptada de Fodor e Morán (2011)

Actividade 14: Facemos unha aula mellor?

Idade recomendada:

2 – 6 anos

Agrupamento:

Parellas, pequeno e gran grupo

Recursos:

- ✓ Material para anotar o docente
- ✓ Material para realizar melloras

Obxectivos:

- Identificar sentimentos sobre a aula hospitalaria.
- Expresar sentimentos de conformidade/desconformidade.
- Buscar alternativas de mellora.
- Valorar positivamente o traballo cooperativo.

Descrición:

Esta actividade está formada por dúas partes. Na primeira dela preténdese descubrir que aspectos non lles gustan aos nenos e nenas da aula hospitalaria e que cambiarían. Nesta parte poderán debuxar aqueles aspectos que queiran modificar, escribir se saben e traballar cooperativamente para descubrir que elementos se deben modificar.

Na segunda parte da actividade, buscarase que, distribuíndose tarefas, se busquen formas de mellorar a aula e que desta maneira poidamos facer melloras que axuden a atopar o espazo máis comfortable. Por exemplo, se un dos aspectos negativos é que a aula ten pouco colorido, os cativos poderán facer pósters, carteis e debuxos para decorar as paredes.

Observacións:

Os máis pequenos non saberán probablemente debuxar moi ben nin entenderán exactamente a actividade, pero o que se pretende acadar con isto e que os maiores traballen de forma cooperativa, axudando aos máis pequenos/as e buscando atopar solucións conxuntas de maneira que á vez que se traballa a habilidade para o benestar propio, se estea buscando acadar un benestar grupal.

Actividade adaptada de López (2006)

Anexo VI. Propostas alternativas para desenvolver actividades de Educación Emocional nas aulas hospitalarias

Arte Terapia

Recollen Pascual e Castro (2010) que o principal propósito deste tipo de intervención é promover o benestar e a saúde, facilitando a expresión e a integración dos estados emocionais que acompañan as situacións dolorosas. A isto engade Esquembre e Pérez (2012) como as sesións de arteterapia dan lugar a un amplo abanico de emocións e sensacións nas que se lles permite aos discentes evadirse da dor, de continuidade cando o tempo normal no hospital se ve truncado por un abandono da aula por motivos de illamento ou complicación e de empatía ao dar a posibilidade de comprobar moitas veces como se sinte o alumnado a través do debuxo, axudando ao docente a poñerse no seu lugar. A maiores, ao tratarse de nenos e nenas en idade de Educación Infantil, en máis dunha ocasión, ven nas artes a posibilidade de expresar o que lles é limitado pola linguaxe.

Musicoterapia

Recollen varios autores, que coordina Álvarez (2003) como a musicoterapia se caracteriza pola complexidade da súa definición e que reúne un conxunto de disciplinas a partir de dous temas principais: a música e a terapia, fusionando arte e ciencia. Os ámbitos de actuación poden ser moi dispersos, pero destaca especialmente a área educativa e a médica xa que, á vez que axuda no desenvolvemento global de nenas e nenos con distintas actividades, contribúe ao ámbito médico, influíndo nos aspectos físicos e mentais, á vez que nos emocionais.

A maiores, cabe destacar que esta presenta diferentes formas de aplicación (Tresierra, 2005): musicoterapia prenatal, con nenos/as con problemas, pero no ámbito pediátrico caracterízase por poder empregarse tanto con neonatos en risco, como con nenos e nenas que se atopan na UCI e mesmo na unidade pediátrica, destacando neste último campo a posibilidade de aplicar isto na aula hospitalaria, co fin de mellorar o benestar do alumnado á vez que se contribúe a un mellor desenvolvemento integral das distintas capacidades.

Terapia lúdica

Un dos aspectos que máis destacan dentro do ámbito hospitalario é o incremento da idea de terapia lúdica como aspecto fundamental complementario nas aulas hospitalarias. Se para poder aprender xa é necesario a idea do xogo como eixo principal na escola, neste contexto aínda se fai máis importante a presenza disto. Nos últimos anos mesmo foron aparecendo

especialistas do xogo nos hospitais, que Violant (2010) nomea de diferentes maneiras: *Play Therapist Hospital, Play Especialist, ChildLife Especialist*.

O xogo, non só permite traballar as técnicas que recollen Grau e Ortiz (2001) de distracción, lúdico – educativas e de imaxinación que pretenden paliar a dor e contribuír a un benestar emocional, senón que axudan ao alumnado a desenvolverse en todos os niveis: intelectual, físico, social, afectivo e moral. A maiores, recollen Ullán e Hernández (2005), como o xogo é unha ferramenta que axuda a reducir a tensión, o enfado, a frustración, a ansiedade, entre moitas outras, o que fai que a súa aplicación nos hospitais sexa realmente un complemento de obrigado uso.

Terapia narrativa

Definen Alonso, García e Romero (2006) a terapia narrativa como as historias sobre as persoas e os problemas que se contan e axudan a producir avances no proceso de curación, á vez que contribúen a crear un mellor clima de benestar na aula. A terapia narrativa emprega o diálogo, os relatos, as conversas, etc., para xerar situacións nas que se lles permita aos cativos e cativas ter un papel central e poidan expresarse libremente, á vez que se lles permite manexar esa nova ferramenta que aínda están comezando a adquirir, a linguaxe. Desta maneira, a “pedagogía da escoita” da que se fai eco a filosofía educativa Reggio Emilia, tórnase no eixo central destas aulas hospitalarias.

A todo isto podemos engadir unha das ideas máis estendidas na actualidade como pode ser a edición de revistas das aulas hospitalarias, que permiten contar moitas destas historias a través da escrita, traballando nesta tarefa as destrezas de lecto – escritura, á vez que se fomenta a cooperación e axuda entre os discentes de distintas idades da aula. Algún exemplos destas revistas poderían ser os recollidos por Roa (2008)¹⁰ : “La Pajarera” (Hospital La Paz de Madrid), “Escritos en Pijama” (Hospital Universitario de Getafe), “La Pecera” (Hospital de Guadalajara), “Suerolandia” (Hospital Universitario de Santiago de Compostela, sen publicacións na actualidade), etc.

¹⁰ Algúns enlaces electrónicos de revistas hospitalarias:

- *Revista La Pecera* (Guadalajara) : <http://www.ahlapecera.es/revista-la-pecera/>
- *Revista Escritos en pijama* (Getafe):
<http://aulahospitalariasmadridsur.blogspot.com.es/p/revista.html>
- *Revista La Pajarera* (Madrid): <http://aulahospitalariasmadridcapital.blogspot.com.es/2012/07/blog-post.html>