



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Magisterio en Educación Infantil

Como maestros/as de un aula hospitalaria,
¿podemos ayudar en la mejora del tratamiento de
niños oncológicos?

As hospital classrooms' teachers, could we help
oncology children to improve in their treatment?

Autora

Gemma Pons Viña

Director

Jesús Goñi Garín

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.1. La enfermedad crónica y el cáncer en la infancia	6
2.1.1. Tipos de cáncer infantil.....	7
2.1.2. Pruebas y procedimientos para diagnosticar el cáncer	9
2.1.3. Tipos de tratamiento oncológico y efectos secundarios	10
2.2. Aulas Hospitalarias.....	12
2.3. Atención psicopedagógica	14
2.3.1. Estrategias para llevar a cabo una atención psicopedagógica	16
2.3.1.1. Musicoterapia.....	17
2.3.1.2. Arteterapia.....	18
2.3.1.3. Humor / Risoterapia	18
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	19
3.1. Contexto.....	19
3.2. Destinatarios.....	19
3.3. Metodología	20
3.4. Temporalización	20
3.5. Objetivos.....	22
3.6. Sesiones	23
3.6.1. Trabajamos la tristeza	23
3.6.1.1. Sesión 1	23
3.6.1.2. Sesión 2.....	24
3.6.1.3. Sesión 3	25
3.6.1.4. Sesión 4	26
3.6.1.5. Sesión 5	27
3.6.2. Trabajamos el miedo	28
3.6.2.1. Sesión 6	28
3.6.2.2. Sesión 7	29
3.6.3. Trabajamos la ira/rabia.....	30
3.6.3.1. Sesión 8.....	30
3.6.3.2. Sesión 9.....	31
3.6.3.3. Sesión 10	32
3.6.3.4. Sesión 11	33

3.6.4. Trabajamos la alegría	34
3.6.4.1. Sesión 12	34
3.6.4.2. Sesión 13	35
3.6.4.3. Sesión 14	36
3.7. Evaluación	37
3.8. Resultados esperados	40
3.8.1. Método de análisis de los datos obtenidos y síntesis de los resultados esperados	42
4. CONCLUSIONES / VALORACIÓN PERSONAL	46
5. REFERENCIAS	48
6. ANEXOS	54
6.1. Anexo I. Cuento “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero	54
6.2. Anexo II. Cuento “Vacío” de Anna Llenas.	54
6.3. Anexo III. Ficha del cuento “Vacío”	55
6.4. Anexo IV. Cuento “Encender la noche” de Ray Bradbury.	56
6.5. Anexo V. Muñeco “Tragamiedos”	56
6.6. Anexo VI. Cuadro “La presencia de la memoria” de Dalí	56
6.7. Anexo VII. Cuento “Cuando estoy enfadado” de Tracey Moroney	57
6.8. Anexo VIII. Cuento “Las palabras dulces” de Carl Norac y Claude K. Dubois	57
6.9. Anexo IX. Fotografías de niños expresando distintas emociones	58
6.10. Anexo X. Rúbrica de la evaluación inicial	58
6.11. Anexo XI. Juego “La oca de las emociones”	59
6.12. Anexo XII. Guía de preguntas para el juego de “La oca de las emociones”	60
6.13. Anexo XIII. Fichas con dos caras vacías	61
6.14. Anexo XIV. Rúbrica de la evaluación final	63
6.15. Anexo XV. Rúbrica de autoevaluación	65
6.16. Anexo XVI. Encuesta familiares	66

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado se centra en la atención psicopedagógica que reciben los niños oncológicos en las aulas hospitalarias. Para ello, se parte de la elaboración de un marco teórico, en el que se recoge información sobre el cáncer infantil (grupo de enfermedades que representan la segunda causa de muerte en niños), y las aulas hospitalarias, indagando en la necesidad de dar respuesta a los aspectos emocionales, sociales y educativos desde las mismas, pues queda demostrado que tanto la hospitalización, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer, produce en el paciente pediátrico una serie de efectos negativos, y desde el aula hospitalaria, se puede contribuir a una mejor calidad de vida del niño oncológico.

Tras esta revisión teórica y basándonos en la imposibilidad de afrontar el cáncer desde una perspectiva únicamente médica, se desarrolla una propuesta de intervención para un aula hospitalaria, cuyos principales destinatarios son los niños oncológicos de Educación Infantil que asisten a la misma. Para comprobar si con esta propuesta de intervención se puede mejorar la calidad de vida de los alumnos y, con ello, lograr un progreso en el tratamiento oncológico, se exponen los resultados esperados, fundamentados en otros estudios e investigaciones; para finalmente, razonar con la descripción de una serie de conclusiones surgidas tras la realización del presente trabajo.

Palabras clave: Aulas Hospitalarias, Cáncer infantil/Tratamiento, Educación Infantil, Psicopedagogía, Inteligencia Emocional.

ABSTRACT

This Project is focused on the educational psychological care that oncology children receive at hospital classrooms. For this purpose, the starting point is the creation of a theoretical frame in which childhood cancer information is collected. Data about hospital classrooms is gathered too, delving into the need to respond to the emotional, social and educational aspects from these classrooms, since it is proved that hospitalisation and cancer diagnostic and treatment produce negative effects on the paediatric patients. Thanks to these hospital classrooms oncology children can achieve a better quality of life.

Once this theoretical revision has been made, based on the impossibility of approaching the childhood cancer from only a medical perspective, an intervention proposal addressed to the oncology childhood education children who attend these hospital classrooms is developed. To verify whether this proposal is useful for children to get a better quality of life and achieve a progress in their treatment or not, results based on other researches and studies are exposed. The main and final aim is being able to describe the different conclusions that arise during the realisation of the project.

Keywords: Hospital Classrooms, Childhood cancer/Treatment, Childhood Education, Education Psychology, Emotional Intelligence.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La principal pregunta que me cuestioné para realizar el presente trabajo, es la que se formula en el propio título: “Como maestros/as de un aula hospitalaria, ¿podemos ayudar en la mejora del tratamiento de niños oncológicos?”, cuestión a la que se intentará dar respuesta a lo largo del mismo.

Una de las razones por las que he decidido investigar sobre este tema, se debe a mi interés por conocer la atención educativa que se ofrece en los hospitales mediante las aulas hospitalarias, ya que es un ámbito que apenas ha sido tratado durante mis cuatro años de formación, pues sólo, en alguna ocasión, se ha mencionado la existencia de este tipo de aulas, de forma pasajera, y sin indagar en el funcionamiento de las mismas. No obstante, he de comentar que fue en uno de estos momentos, cuando oí hablar por primera vez de estas aulas, pues hasta entonces desconocía su existencia, despertando en mí una gran curiosidad por indagar en este campo.

Por otro lado, la decisión de centrarme en el cáncer se debe a mi interés por conocer más detalladamente este grupo de enfermedades, pues se trata de una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Además, a pesar de que el cáncer infantil sea distinto al de los adultos y menos conocido socialmente, existe, y afecta a un gran número de niños en edad pediátrica, representado la segunda causa de muerte en niños. Por todas estas razones, quise investigar más sobre este grupo de enfermedades, centrándome en la edad infantil, pues hasta el momento solo conocía algunos aspectos generales, como los tipos de tratamiento y ciertos efectos secundarios.

Finalmente, tal y como he mencionado antes, ha sido recientemente cuando he descubierto la existencia de las aulas hospitalarias, no obstante, sí conocía otras labores realizadas con niños hospitalizados, como las efectuadas por los payasos de hospital, profesionales a los que siempre he admirado, pues me asombra la labor que realizan para mejorar la calidad de vida de estos niños, ayudándoles a aceptar su hospitalización y ofreciéndoles apoyo en sus tratamientos, aliviando el estrés y la ansiedad a través del humor y la fantasía.

Por todo ello, me planteé fusionar el trabajo realizado por los maestros de las aulas hospitalarias y el de los payasos de hospital, profesiones que son poco reconocidas, pero que a nivel personal les otorgo un alto valor. De esta forma, decidí investigar sobre cómo los maestros de un aula hospitalaria pueden contribuir en el bienestar emocional de los niños hospitalizados, y más concretamente, en los niños diagnosticados con cáncer, con el fin de reducir al máximo los efectos negativos producidos por la propia hospitalización y su enfermedad, y colaborar en la mejora del tratamiento oncológico.

Así pues, a lo largo del desarrollo de este TFG, para dar respuesta a la pregunta formulada en el título del mismo, se pretende:

- Investigar sobre el cáncer infantil, así como conocer aquellos tipos más comunes en la infancia, su diagnóstico y tratamiento, además de las repercusiones y efectos secundarios que todo ello conlleva sobre el niño.
- Investigar sobre el funcionamiento general de las aulas hospitalarias, la legislación sobre la que se sustentan y el trabajo realizado en las mismas.
- Profundizar en la necesidad de realizar una atención integral desde el aula hospitalaria, basándonos ya no sólo en la formación académica, sino también en la formación afectivo-emocional y social de los niños hospitalizados; para posteriormente, realizar una propuesta de intervención entorno a ello y que, a su vez, ayude a mejorar el tratamiento oncológico.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. La enfermedad crónica y el cáncer en la infancia

La infancia y la adolescencia, tal y como mencionan García, Gallardo, Goya y Vázquez (2002), son la base del futuro desarrollo del individuo, y por ello, durante este periodo las necesidades de salud adquieren una gran relevancia, requiriendo de unos cuidados diferentes respecto a otras etapas.

A la hora de delimitar el concepto de “problema crónico de salud” en la infancia, surgen dificultades, pues cada autor establece unos límites diferentes. Pless y Douglas (citado en García *et al.*, 2002) lo entienden como un cuadro físico que dura más de tres meses o que requiere de un periodo de hospitalización continuo por más de un mes; definición modificada posteriormente por Pless y Pinkerton (citado en García *et al.*, 2002), quienes hacen referencia sólo a aquellos trastornos de intensidad suficiente para interferir en las actividades ordinarias del niño. Asimismo, The Maternal and Child Health Bureau’s Division of Service for Children with Special Health Care Needs (citado en García *et al.*, 2002) añaden que este tipo de niños necesitan servicios sanitarios y complementarios, requiriendo más de lo que necesitan, generalmente, el resto de niños. Así pues, tras este análisis García *et al.* (2002) deducen que en la definición del problema se deben tener en cuenta tres elementos básicos: 1) El tiempo de duración del proceso o de sus secuelas; 2) Las limitaciones, discapacidades y minusvalías que conlleva; y 3) Las necesidades de servicios especiales que requiere; apareciendo todo ello en la definición que establece la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (citado en García *et al.*, 2002): “Problema de salud que interfiere con las actividades cotidianas de los menores, que se mantiene por un periodo superior a los 6 meses y que requieren unos recursos específicos y complejos.”

Asimismo, García *et al.* (2002) añaden que el concepto crónico en la edad adulta hace referencia a enfermedades que tienen un curso prolongado, persistiendo durante la mayor parte de la vida, diferenciándolo de la infancia, pues en los niños, un periodo de pocos meses puede inferir de forma importante, condicionándoles para edades futuras.

De acuerdo con esto, Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004) afirman que, en la actualidad, el cáncer infantil se considera mayoritariamente una enfermedad crónica, la cual engloba un conjunto de enfermedades que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo. Con ello, debemos saber que las células normales crecen, se dividen y mueren de forma ordenada, siendo la división una forma de reemplazar células desgastadas y reparar lesiones; sin embargo, las células cancerosas continúan su división de forma descontrolada, acumulándose y formando tumores que invaden el tejido normal (Méndez *et al.*, 2004), a lo que Carnero, Embade y Lacal (1997) añaden que esta multiplicación incontrolada puede llegar a la invasión de tejidos anexos y distantes, proceso conocido como metástasis.

Esta enfermedad, que se asocia tradicionalmente con la edad adulta representando una cuarta parte de las muertes anuales, también ocupa un lugar destacado en la mortalidad infantil (Carnero *et al.*, 1997). A pesar de que la proporción de cánceres que aparecen en la edad pediátrica (0-15 años) es muy pequeña, representando un 2% de la totalidad de los tumores (Muñoz, 1997), la importancia del cáncer dentro de la pediatría viene dado por ser la segunda causa de muerte en el niño, superado sólo por los accidentes (Álvarez, Márquez, Gasch, Alfaro, Tasara, Delis, Quiroga y Vázquez, 2002).

Asimismo, Álvarez *et al.* (2002) afirman que se ha producido un importante aumento en la supervivencia del cáncer infantil, produciéndose un ascenso del 15% en 1970 al 65% en 2001. Este ascenso se debe a los avances en el tratamiento del cáncer infantil, sobre todo en

quimioterapia, radioterapia y cirugía, confirmando Méndez *et al.* (2004) que antes de los años 50, la duración media de vida en un niño diagnosticado de leucemia era de 19 semanas y, sin embargo, actualmente, el 70% de los niños oncológicos sobreviven. En relación a esto, Muñoz (1997) afirma que en las épocas donde la cirugía era el único procedimiento terapéutico disponible, la supervivencia oscilaba entre el 0 y el 20%, cambiando estos datos conforme se introducían la radioterapia y la quimioterapia, pues a lo largo de las dos últimas décadas, se ha incrementado significativamente la supervivencia en la mayoría de tumores infantiles.

Por otro lado, Muñoz (1997) menciona que esto no se debe únicamente a los descubrimientos e innovaciones diagnósticas terapéuticas, sino también a la existencia de centros que disponen de los medios humanos y materiales necesarios que permiten una correcta asistencia, demostrándose mejores resultados en las unidades especializadas en oncología pediátrica respecto a los servicios pediátricos generales.

Finalmente, se debe recordar las principales diferencias que existen entre las neoplasias infantiles y las del adulto, pues los cánceres infantiles tienen, generalmente, localizaciones anatómicas profundas y no suelen provocar hemorragias superficiales, dificultando las técnicas de detección precoz, pues en la mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza de forma accidental y en fases avanzadas (Muñoz, 1997).

2.1.1. Tipos de cáncer infantil

Según Carnero *et al.* (1997), las enfermedades oncológicas más frecuentes en los niños son los tumores de células del sistema hematopoyético (leucemias y linfomas), seguido de los tumores del sistema nervioso central (SNC) y, por último, el resto de tumores sólidos (retinoblastoma, renales, hígado, hueso, etc.), pudiéndose visualizar en la Tabla 1 los distintos porcentajes.

Tabla 1. *Tumores característicos de la infancia*

Tipo de tumor	Porcentaje (%)
Leucemias	30
Tumores del SNC	19
Linfomas	13
Neuroblastomas	8
Rabdomiosarcoma	7
Tumor de Wilms	6
Tumores óseos	5
Retinoblastoma	3
Tumores hepáticos	1
Otros	8

Nota. Recuperado de Rey (2011d).

De esta forma, los cánceres pediátricos se pueden agrupar en dos grandes grupos: enfermedades hematológicas y tumores sólidos. Atendiendo a las enfermedades hematológicas, encontramos las leucemias y los linfomas.

Las *leucemias* son un grupo de neoplasias malignas de los leucocitos, capaces de infiltrar cualquier parte del sistema y que se manifiestan a través de anemias, sangrados, infecciones repetidas e infiltración a órganos y tejidos (Mariscal, 2017). Según Pérez-Hurtado y González (2002), la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el cáncer más común en los niños, representando alrededor del 25% de entre todas las neoplasias diagnosticadas en los niños menores de 14 años, y el 80% de entre todas las leucemias (Dibar, 2011a). La LLA se desarrolla debido a la transformación maligna de una célula progenitora anómala que adquiere la capacidad para su replicación y autorrenovación (Pérez-Hurtado y González, 2002). Los síntomas más comunes en la LLA son la fatiga, el decaimiento y una profunda debilidad progresiva, acompañada de fiebre y sudores nocturnos, la propensión al sangrado, el dolor óseo y la presencia de palidez (Dibar, 2011a).

Dentro de las enfermedades hematológicas también encontramos los *linfomas*, un grupo de padecimientos proliferativos malignos del tejido linfoide, divididos en linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin (Vázquez, 2017).

El linfoma de Hodgkin, según Makiya (2011), se caracteriza por la presencia de anormalidades en el sistema inmune en el momento del diagnóstico, afectando predominantemente a los nódulos linfáticos, pues raramente es diagnosticado sin la presencia de la célula maligna denominada célula de Sternberg. Se considera una enfermedad rara antes de los 5 años, y el principal síntoma es la linfadenopatía cervical indolora baja o supraclavicular, acompañada, en algunas ocasiones, de fiebre inexplicada, sudores nocturnos y una pérdida de peso de al menos del 10% en los 6 meses precedentes (Makiya, 2011).

Los linfomas no Hodgkin (LNH) tienen mayor incidencia entre los 7 y los 11 años, pudiendo ser categorizados dentro de tres subtipos: linfoblástico, de células pequeñas no fragmentadas (incluidos Burkitt y no Burkitt) y de células grandes (Dibar, 2011b):

- Los pacientes con linfoma linfoblástico presentan un tumor intratorácico, siendo los principales síntomas el dolor, disfagia, disnea o edema del cuello, la cara y los miembros superiores por obstrucción de la vena cava superior.
- El linfoma de las células pequeñas no fragmentadas es el más frecuente, con una localización, prevalentemente, abdominal, y por ello, los síntomas pueden simular una apendicitis (dolor y obstrucción intestinal).
- Los linfomas de células grandes tienen una distribución similar a los anteriores, pero se presentan en sitios inusuales (piel, sistema nervioso central, ganglios, pulmón, testículo, músculo y tubo digestivo).

En cuanto a los tumores sólidos, Rey (2011d) afirma que pueden hacerse evidentes por el hallazgo de la masa tumoral mediante exámenes pediátricos de rutina, o bien, por síntomas generales como el decaimiento, fiebre y disminución de peso; además de realizar exámenes especiales en caso de existir antecedentes familiares. Los tumores sólidos más comunes en niños son:

- Los *Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC)*, siendo los tumores pediátricos más frecuentes después de las leucemias, afectando, principalmente, a niños entre 5 y 9 años, aunque pueden ser diagnosticados a cualquier edad (Rey, 2011d). Son neoplasias que se originan en forma primaria de células que se encuentran dentro del SNC y sus manifestaciones clínicas dependen de la localización y extensión del tumor, así como de la edad del paciente (Alejo y Saucedo, 2017). Según Rey (2011d), entre la sintomatología encontramos cambios de conducta, irritabilidad, cefalea, vómitos, alteraciones visuales, alteraciones de la marcha, caída lateral, ataxia troncal, convulsiones y parálisis facial.

- El *Neuroblastoma simpático* es un tumor que se origina en las células primitivas de la cresta neural, que darán origen a la médula adrenal y al tejido simpático (Rey, 2011a). La sintomatología depende de la localización de la enfermedad, que es variable, pero la más frecuente se localiza en el abdomen, manifestándose por una tumoración voluminosa palpable en el abdomen (Correa, 2017; Rey, 2011a).

- El *Rabdomiosarcoma (RMS)*, pertenece al grupo de los sarcomas de tejidos blandos (tumores malignos que se originan en el mesénquima primitivo) y se da, principalmente, durante los primeros 5 años, pudiendo afectar a cualquier parte del cuerpo donde exista tejido mesenquimatoso, aunque las localizaciones más frecuentes son la cabeza y el cuello, pelvis y extremidades (Chávez y Pérez, 2017).

- El *Tumor de Wilms* es renal y tiene mayor frecuencia en los niños de 3 a 5 años, comprometiendo a uno o a ambos riñones, aunque las formas unilaterales son más comunes, observándose una masa tumoral palpable, dolor abdominal y/o hipertensión arterial (Rey, 2011c).

- Los *Tumores óseos*, que según Corbatón y Martínez (1997), el principal síntoma es el dolor y los más frecuentes durante la infancia son:

- o El Sarcoma de Ewing que, aunque puede aparecer en cualquier lugar del esqueleto, predomina en las extremidades inferiores.

- o El Osteosarcoma, que se localiza, primordialmente, en los huesos largos.

- El *Retinoblastoma* se origina en la retina y afecta a niños pequeños desde el nacimiento hasta los 3 años, pudiendo afectar sólo a un globo ocular o a ambos, y manifestándose por la pérdida de la agudeza visual que, a su vez, provoca caídas frecuentes (Rey, 2011b).

2.1.2. Pruebas y procedimientos para diagnosticar el cáncer

Atendiendo a Méndez *et al.* (2004), para identificar el tipo de cáncer y determinar el mejor tratamiento se llevan a cabo numerosas pruebas diagnósticas, la mayoría de ellas dolorosas para el niño. No obstante, se debe tener en cuenta la diferencia que hay entre el diagnóstico de una leucemia aguda y los tumores sólidos, pues la primera se detecta en la sangre, mientras que los últimos son detectados clínica o radiológicamente, y cuya biopsia muestra su naturaleza maligna (Acuña, 2012).

De esta forma, para diagnosticar las leucemias se realiza un análisis de sangre y, posteriormente, un examen de la médula ósea, que consiste en la aspiración y biopsia de médula (Méndez *et al.*, 2004). Estos mismos autores afirman que dichas pruebas resultan muy dolorosas para el niño, pues la aspiración de médula consiste en la inserción de una aguja en el hueso de la cadera y en la succión de una porción de médula mediante una jeringuilla, obteniendo, así, una muestra para poder detectar la presencia o ausencia de células cancerosas.

Asimismo, Méndez *et al.* (2004) también manifiestan los procedimientos que se realizan para diagnosticar los tumores sólidos, pues en este caso, se realizan pruebas por imagen como son las radiografías o escáner, finalizando con una biopsia para confirmar el diagnóstico.

En definitiva, los principales objetivos de estas pruebas son (Corbatón y Martínez, 1997): 1) conocimiento de la estructura sólida o química del tumor, 2) determinar su dependencia orgánica, 3) valorar su tamaño y extensión, y 4) cuantificar las posibles lesiones en órganos o estructuras vecinas; todo ello determinante para elegir el tratamiento posterior (Acuña, 2012).

2.1.3. Tipos de tratamiento oncológico y efectos secundarios

Según Acuña (2012), el tratamiento promedio de un cáncer pediátrico se extiende por un año, con rangos que van de los tres meses a los dos años y medio, pues la intensidad del tratamiento depende del tipo de cáncer. De esta forma, existen casos de niños que reciben tratamientos cortos, y otros, que reciben tratamientos más largos, requiriendo de hospitalizaciones frecuentes.

Tal y como se ha ido mencionando, anteriormente la única herramienta que se usaba para tratar el cáncer pediátrico era la cirugía, es decir, la extirpación de la neoplasia; produciendo las técnicas de quimioterapia y radioterapia, grandes avances en este ámbito (Tovar, 1997). No obstante, este mismo autor expone la importancia de la cirugía, pues en muchos casos sigue siendo imprescindible la extirpación del tumor para lograr la curación. De esta forma, se trata de una modalidad de tratamiento, complementaria y no excluyente, realizada tanto en el inicio del proceso como después de un periodo con quimio y/o radioterapia, tratándose de intervenciones complejas con secuelas a largo plazo y que, por lo tanto, requiere de una o más hospitalizaciones prolongadas y rehabilitación o recuperación de las funciones afectadas (Acuña, 2012). En relación a esto, Tovar (1997) menciona aquellos tumores que se benefician de la extirpación quirúrgica (Tabla 2), detallando que la cirugía es variable según el neuroblastoma, pues puede ser curativa por sí sola en los casos de extensión limitada (estadios I o II) o, por el contrario, la extirpación es imposible en algunos casos, al menos inicialmente, siendo efectiva tras reducir el tumor mediante una fase de quimioterapia previa.

Tabla 2 *Tumores en los que es necesario la realización de la cirugía.*

Neuroblastomas grado I y II
Neuroblastomas grado III o más (*)
Tumores de Wilms (*)
Tumores malignos mesenquimales
Linfomas no Hodgkin abdominales localizados
Hepatoblastoma (*)
Tumores óseos
Tumores germinales
Tumores suprarrenales
Tumores tiroideos

(*) tumores que suelen extirparse tras completar una fase de quimioterapia previa.

Nota. Recuperado de Tovar (1997).

Otra forma de tratamiento complementaria es la quimioterapia, que según Madero y Merino (1997), desde su introducción en la década de los 40, se ha producido una notable mejoría en el pronóstico del cáncer en el niño. Atendiendo a Acuña (2012), consiste en la administración de medicamentos citotóxicos con el fin de impedir el crecimiento de la leucemia o tumor, y exterminarlo de forma parcial o total, lo que conlleva a efectos secundarios y secuelas potencialmente severas a corto, mediano y largo plazo. Entre estos efectos se encuentran los cambios externos, así como las náuseas y vómitos, caída de pelo, palidez, adelgazamiento y cansancio; no obstante, el mayor riesgo está en los efectos que puede tener sobre el sistema inmune del niño, volviéndolo propenso a múltiples infecciones.

Asimismo, Acuña (2012) añade que estos efectos secundarios pueden prevenirse y tratarse con otros medicamentos (antieméticos, antibióticos, analgésicos, vitaminas, protectores gástricos, etc.), siendo frecuentes, por ello, las hospitalizaciones para la administración de quimioterapia, además de ser comunes los controles médicos, con el fin de observar si se producen efectos beneficiosos o no.

Por consiguiente, Acuña (2012) menciona que en el tratamiento del cáncer también se utiliza la radioterapia, que consiste en la aplicación local de radiación a tumores que no pueden ser erradicados con cirugía y/o quimioterapia. Con ello, explica que ésta se aplica diariamente durante un tiempo variable de 10 a 40 días, combinándola con la quimioterapia y compartiendo sus efectos secundarios que, en el caso de la radioterapia, se derivan del efecto local donde se aplica.

Por último, se debe mencionar la modalidad de tratamiento más agresiva, el trasplante de células madre de la sangre (de la médula ósea o sangre de cordón), utilizándose en aquellos niños con leucemia o tumores que no pueden curarse con las modalidades anteriormente citadas (Acuña, 2012). Según Díaz, Madero y Muñoz (1997), existen distintos tipos de trasplante:

- *Trasplante singénico*, obtenido a partir de un hermano gemelo univitelino HLA (antígeno leucocitario humano) idéntico.
- *Trasplante alogénico HLA idéntico*, donde el donante es un hermano que ha heredado el mismo HLA.
- *Trasplante alogénico parcialmente compatible*, cuando el donante es un familiar no compatible totalmente.
- *Trasplante alogénico no emparentado*, en aquellos casos que el donante HLA idéntico se obtiene de un registro internacional.
- *Trasplante autólogo*, cuando la fuente de las células progenitoras es el propio paciente.

A esto, Díaz *et al.* (1997) añaden que, normalmente, los precursores hematopoyéticos han sido obtenidos a partir de la médula ósea; no obstante, recientemente se han utilizado fuentes alternativas como son la sangre periférica (trasplante alogénico o autólogo) y la sangre de cordón umbilical (trasplante alogénico), englobándose, todos ellos, bajo el concepto de trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Finalmente, Acuña (2012) concluye afirmando que la mayoría de los niños tiene una respuesta completa al tratamiento específico, lo que se denomina como remisión, y cuando ésta es prolongada (entre dos y cinco años desde el diagnóstico) se confirma la curación de la enfermedad. Sin embargo, también menciona la posibilidad de que se produzca una recidiva o recaída, es decir, que el cáncer reaparezca durante este periodo, exigiendo un nuevo tratamiento para intentar controlar la enfermedad y curar al niño, razón por la que algunos pacientes se mantienen en tratamiento durante varios años.

En relación a esto, se debe comentar que no todos los niños con cáncer sobreviven, produciéndose el fallecimiento debido a la recidiva y progresión del cáncer, y haciéndose resistente a todas las formas de tratamiento, o bien, por complicaciones derivadas como son las infecciones (Acuña, 2012).

2.2. Aulas Hospitalarias

Todo lo comentado anteriormente, provoca que el niño deba enfrentarse a la hospitalización y según Baysinger, Heiney, Creed y Ettinger (1993), la interrupción de la escolaridad debido al ingreso hospitalario supone la alteración en su ritmo de aprendizaje, dando lugar a numerosas repercusiones a corto y largo plazo, que pueden agravarse por las secuelas de la enfermedad y por los efectos secundarios de los tratamientos. Por esta razón, en los últimos años se han desarrollado programas e iniciativas de carácter educativo y formativo en los hospitales (Serradas, Ortiz y Jiménez, 2002), así como las Aulas Hospitalarias, también denominadas unidades de apoyo escolar, unidades pedagógicas hospitalarias, aulas educativas de hospital o escuelas hospitalarias, mostrando a continuación un breve resumen de la legislación de España sobre la que se ha sustentado:

- La Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982 de 7 de abril) y su desarrollo en el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (334/1985 de 6 de marzo), que en el artículo 29 señala: *“Todos los hospitales tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, (...) tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales”*.

- Posteriormente, se recoge esta idea en el artículo 3 del Real Decreto de Ordenación de la Educación de alumnos con Necesidades Educativas Especiales (RD 696/1995 de 28 de abril): *“El MEC (Ministerio de Educación y Cultura) promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria internados en ellos”*.

- Finalmente, en el capítulo III del Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación (RD 299/1996 de 28 de febrero), se establece: *“El MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos, que mantengan regularmente hospitalizados un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, y a petición de instituciones hospitalarias de titularidad privada, podrá formalizar convenios para la concentración de unidades escolares de apoyo”*.

En Aragón, debemos mencionar el Decreto 135/2014, de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo, pues en el artículo 26 se considera que un alumno presenta una necesidad específica de apoyo educativo por condiciones personales o de historia escolar, entre otras, cuando muestra condiciones de salud que pueden dificultar de manera significativa tanto el aprendizaje como la asistencia normalizada al centro docente.

Por otra parte, la Orden de 30 de julio de 2014, por la que se regulan las medidas de intervención educativa para favorecer el éxito y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo, también hace referencia a la atención hospitalaria y domiciliaria, así como en el artículo 10, afirmando como medida general de intervención educativa la siguiente actuación: *“j) La colaboración en la atención educativa que reciba su alumnado convaleciente por enfermedad en entornos sanitarios y domiciliarios, o que por decisión judicial no puede asistir a su centro de referencia”*. Asimismo, en el artículo 11 se considera una medida específica básica la siguiente modalidad: *“d) Adaptación de las condiciones de asistencia a los centros docentes por motivos de salud”*. Por último, en el artículo 24 de la misma Orden se expone lo siguiente en relación a los programas específicos:

1. El Departamento competente en materia educativa desarrollará programas específicos para la respuesta a las situaciones especiales que presenten aquellos alumnos que por motivos de salud o por decisión judicial no puedan asistir durante un periodo prolongado al centro docente.

2. La solicitud de atención educativa domiciliaria se realizará para el alumnado que curse alguna de las enseñanzas correspondientes a la educación obligatoria que, por prescripción facultativa, no pueda asistir a su centro docente y el periodo de convalecencia sea superior a treinta días lectivos (...).

De acuerdo con León (2011), la actividad pedagógica con niños enfermos en los hospitales no es algo reciente, no obstante, no es hasta los años 80, en la segunda mitad del siglo XX, cuando nacen las aulas hospitalarias como las conocemos en la actualidad, pues anteriormente, esta intervención tenía un carácter únicamente curativo-asistencial. Hoy en día, se están llevando a cabo actuaciones desde el ámbito pedagógico como complemento de la acción médica, con el fin de ayudar al niño y adolescente hospitalizado, siendo muy pocos los hospitales que no cuentan con un aula hospitalaria en la sección de Pediatría.

Grau (2004) afirma que los niños hospitalizados, debido a la situación médica y al ambiente hospitalario en el que se encuentran, tienen unas características distintas a las usuales. En relación a esto, León (2011) añade que las Aulas Hospitalarias surgen por la presencia de necesidades que el personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) no puede atender: necesidades pedagógicas o escolares (de aprendizaje y de continuidad con el currículo escolar), necesidades biopsicológicas o afectivas (de adaptación al hospital, cuidado afectivo, control de emociones, etc.) y necesidades sociales o de relación (de mantenimiento del mundo de relaciones familiares, amigos, etc.).

De esta forma, León (2011) afirma que la Pedagogía Hospitalaria debe participar, relacionarse y compartir actuaciones con tres campos (el pedagógico, el psicológico-social y el sanitario o médico), necesitando, por lo tanto, de una acción interdisciplinar. Además, añade que cuando el niño está hospitalizado y su estado lo permite, se lleva a cabo el trabajo escolar en el aula hospitalaria, con el objetivo de:

- Favorecer el desarrollo global del alumno
- Evitar la marginación escolar y social
- Compensar las deficiencias derivadas de la enfermedad
- Disminuir el temor y el estrés
- Relajar al niño

Así pues, atendiendo a Portolés, Grau y Arribas (2017), podemos decir que una Unidad Pedagógica Hospitalaria (UPH) o un aula hospitalaria es “un cole dentro de un hospital para el alumnado ingresado de entre 3 a 16 años”. Además, se debe comentar que la atención recibida en el hospital es un derecho y no un deber para el alumno, en la que se estimula la inquietud por aprender, se establecen relaciones positivas y se da un punto de referencia distinto al meramente sanitario, facilitando, a su vez, la reincorporación a la escuela cuando el niño supere la enfermedad (Bayo, Insa, Perreras y Valle, 1994).

En general, las aulas hospitalarias cuentan con un espacio concreto dentro del hospital, aunque sus actuaciones se extienden a todos los servicios del hospital, pues en ocasiones hay niños que no pueden acudir a ellas por el tipo de patología que presentan o por su estado de salud (Bossert, 1994).

León (2011) añade que el objetivo de las aulas hospitalarias es conseguir una formación integral del niño en edad escolar obligatoria a lo largo de su hospitalización, y para ello, no sólo se debe conseguir la continuidad del aprendizaje curricular, sino que también se debe

atender los aspectos emotivo-afectivos para favorecer la normalización de las vivencias frente al dolor. De esta forma, de acuerdo con Méndez *et al.* (2004), hoy en día no sólo debemos intentar curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que pueden surgir con el tratamiento del cáncer infantil, siendo necesario para ello, atender a los aspectos psicológicos.

Por todas estas razones, a continuación me centraré en la atención psicopedagógica que se debe realizar en las aulas hospitalarias, siendo el tronco principal del presente trabajo.

2.3. Atención psicopedagógica

En primer lugar, me gustaría hacer un breve recorrido histórico de cómo la psicología cobra importancia en relación con la salud. Según Muñoz (2011), tradicionalmente la medicina y la psicología entendían la mente y el cuerpo como dos entes separados, siendo estudiados y tratados por sus especialistas de forma independiente. En los años 60 del siglo XX, nacieron la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, y con ello se consideraba que “mente y cuerpo” son partes de un sistema, en el que todo está relacionado entre sí, por lo que se pasó a entender, estudiar e investigar la salud y la enfermedad desde esta perspectiva. Además, se empezó a considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocer que la conducta de la persona es crucial para el mantenimiento de la salud y para el origen y la evolución de la enfermedad. En relación a esto, J. Gil (2004) considera que los psicólogos, al conocer los factores psicosociales y el desarrollo humano, pueden contribuir a los objetivos de mantenimiento de la salud y el bienestar.

En cuanto al cáncer, las investigaciones desde el campo de la psicología han demostrado la relación que hay entre el desarrollo de la enfermedad y las variables psicológicas (adicciones, malos hábitos, capacidad de adaptación, vínculos afectivos, etc.) que influyen en el organismo (Muñoz, 2011). Actualmente, se habla de la mejora de calidad de vida del niño oncológico, siendo numerosos los estudios que confirman la imposibilidad de afrontar el cáncer desde una perspectiva únicamente médica, pues es imprescindible tratar los aspectos emocionales, psicológicos, sociales, educativos..., realizando así, una atención integral (Celma, 2009). De esta forma, resulta evidente que la situación de hospitalización afecta emocionalmente al niño, y por ello, las investigaciones actuales tratan de buscar soluciones y estrategias de afrontamiento ante la hospitalización (Serradas, Ortiz y Jiménez, 2002),

No obstante, esto no es únicamente función del psicólogo, sino también de los profesionales que ejercen en las aulas hospitalarias, pues tal y como menciona Gutiez (2013) “la Pedagogía Hospitalaria es una rama diferencial de la pedagogía cuyo contenido es encargarse de la educación del niño o adolescente enfermo u hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal y en sus aprendizajes, a la vez que procura atender las necesidades afectivas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece”, a lo que Gómez de Terreros y Gómez de Terreros (2002) añaden que entre los objetivos de la atención pedagógica del niño hospitalizado están el evitar la pérdida de escolaridad, salvaguardar el equilibrio emocional y su desarrollo global para una integración normalizada.

Cuando un niño es ingresado en un hospital vivencia una serie de cambios, incómodos para él, como pueden ser el no estar con las personas con las que trataba normalmente, estar envuelto en un lugar que puede parecerle lúgubre e inhóspito, mantener interacciones con personas desconocidas (celadores, técnicos, enfermeros, etc.), y a lo que se le suma la incertidumbre e incluso desorientación debido a la falta de información sobre lo que va a

pasar, perdiendo hasta su nombre, pues es frecuente que se refieran a él por el número de habitación y la cama que ocupa (O'Bayrne, Peterson y Saldana, 1997; Ortigosa y Méndez, 2000). Además de todos estos factores de incomodidad, durante la hospitalización el niño también recibe numerosas exploraciones y procedimientos de diagnóstico (análisis de sangre, radiografías, etc.), produciéndole malestar, miedo y ansiedad (Jay, 1985; Méndez, 2002; Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003).

Ricarte (2011) afirma que cualquier enfermedad se convierte en un estresor tanto para el niño como para la familia, pues se acompaña del dolor, aislamiento, separación de los padres, prohibiciones, separación de sus compañeros, etc. Asimismo, según Rutter (1981) la hospitalización se convierte en uno de los acontecimientos más estresantes para el niño, pues va acompañada del dolor, sentimientos de ansiedad y miedo ante una situación desconocida, dando lugar a una serie de emociones negativas, entre las que Strachan (1993) destaca: estrés, ansiedad, desprotección, aislamiento, miedos, etc.

Todo ello justifica la necesidad de llevar a cabo una intervención psicológica durante el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, tratando de dotar a los niños y sus familias de información y estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la nueva situación. Existe un interés por mejorar la atención integral a las personas hospitalizadas, no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el psicológico y educativo (López, 2011). Bajo esta perspectiva, Deasy (1993) sostiene que la psicopedagogía debe ser entendida como otro servicio más que oferta el hospital, donde se proporciona apoyo y ayuda psicológica, educativa y social al paciente y su familia. De este modo, las actividades psicoeducativas no solo están orientadas a la consecución de metas académicas, sino que también tratarán de educar al niño en su enfermedad, a utilizar eficazmente su tiempo y fomentar una vida social y de relación lo más parecida a la que llevaba antes de ser hospitalizado, pudiéndose resumir en los siguientes objetivos (Guillén y Mejía, 2002):

- Pedagógicos: Evitar la marginación del proceso educativo y facilitar su incorporación a la vida escolar, una vez superada la enfermedad.
- Psicológicos: Conseguir una buena adaptación al nuevo medio, así como que comprendan lo que les está pasando y por qué.
- Sociales: Crear un ambiente cercano, satisfaciendo las necesidades de relación.

Con ello, podemos observar que la atención psicopedagógica que se realiza en las aulas hospitalarias tiene la misma finalidad que la educación, es decir, conseguir el desarrollo integral de la persona, desarrollando al máximo sus capacidades, incluso en una situación anómala como puede ser la hospitalización, con el fin de (López, 2011):

- Proporcionar apoyo afectivo al niño y paliar su déficit emocional.
- Tratar de reducir el déficit escolar.
- Disminuir la ansiedad y demás efectos negativos desencadenados como consecuencia de la hospitalización.
- Mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización y a su situación de enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado.
- Fomentar la actividad, procurando que el niño aproveche su tiempo.
- Cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales.

2.3.1. Estrategias para llevar a cabo una atención psicopedagógica

En definitiva, para llevar a cabo una atención psicopedagógica se debe partir de la concepción basada en la imposibilidad de afrontar el cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico, pues el impacto del diagnóstico, las características de los propios enfermos y la alteración del funcionamiento familiar, entre otros muchos efectos que provoca la enfermedad, hacen imprescindible introducir estrategias que den respuesta a los aspectos emocionales, sociales y educativos, construyendo de esta forma, una atención integral (Cuartero Martínez, 2007).

De este modo, lo que se pretende con este tipo de atención es fomentar la normalización, es decir, ayudar al niño oncológico a recuperar el control sobre su vida mientras está sometido a unas circunstancias estresantes, y conseguir que la experiencia hospitalaria le proporcione beneficios, cubriendo la necesidad de socialización que presenta y permitiéndole continuar con el desarrollo cognitivo y afectivo (Navarro Montoya y Nebot Monzonis, 2007).

Así pues, esto podría enmarcarse en la tendencia actual de los hospitales para mejorar la calidad de vida del paciente, en este caso, a través de las aulas hospitalarias, consideradas esenciales para la educación y formación del niño a nivel adaptativo, emocional y afectivo, sin olvidar el trabajo académico (Escribano Picazo, 2015).

Tras esto, y sin quitarle importancia a la enseñanza escolar que se debe ejercer en las aulas hospitalarias ante la necesidad de continuación del currículo, fundamental para seguir formando intelectualmente a los niños hospitalizados (Escribano Picazo, 2015), voy a centrarme en la atención a los aspectos socio-emocionales, siendo esencial, para ello, las actividades lúdicas.

Según Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004), las actividades lúdicas son uno de los factores fundamentales en la atención de estos niños, puesto que el juego es esencial para su desarrollo evolutivo, además de tratarse de una vía de expresión que permite al adulto conocer los pensamientos, miedos, temores, etc. del niño. Con ello, Escribano Picazo (2015) concluye con la afirmación de que “el juego tiene un papel importante en el desarrollo emocional, cognitivo, social y físico del niño, así como en su salud, en la adaptación a escenarios pediátricos e, incluso, en la rehabilitación y recuperación.”

Asimismo, al hablar de educación socio-emocional, hablamos también de inteligencia emocional, habilidad para percibir, asimilar y comprender los sentimientos de forma adecuada, así como para regular y modificar nuestro estado anímico o el de los demás (Ramos y Hernández, 2008). Atendiendo a Bisquerra y Pérez (2012), la educación emocional tiene como fin potenciar el desarrollo de las competencias emocionales necesarias para el desarrollo humano, capacitándole para la vida y aumentando su bienestar personal y social. A ello le añaden que la inteligencia emocional permite adquirir competencias que pueden aplicarse en situaciones de estrés, ansiedad, depresión, etc., aumentando conductas contrarias a las destructivas. Así pues, de acuerdo con Martín Martín (2016) los objetivos de la educación emocional son:

- Identificar las propias emociones y las de los demás.
- Denominar las diversas emociones.
- Desarrollar técnicas y habilidades de autorregulación emocional.
- Aumentar el umbral de tolerancia a la frustración.
- Prevenir los efectos negativos de las emociones.
- Desarrollar emociones positivas.
- Fomentar una actitud optimista.

Atendiendo a Garrido (2015), un niño educado emocionalmente será capaz de afrontar los contratiempos de manera positiva, será consciente de sus limitaciones y fortalezas, tendrá mayor seguridad y autoconfianza, e incluso mejorará en el ámbito de sus relaciones sociales; mostrándose una clara relación con el concepto de resiliencia, entendida como “la capacidad que tenemos los seres humanos no sólo de superar una situación traumática, sino de experimentar un cambio que nos permitirá salir fortalecidos de esta situación con el paso del tiempo”. En relación a esto, Garrido (2015) afirma que los resultados en algunos estudios, como el realizado en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), muestran como los estudiantes más resilientes tienen una mayor satisfacción con la vida, además de ser capaces de controlar sus emociones y estados de ánimo.

Del mismo modo, Mateu, Flores, García-Renedo y Gil (2013) también establecen que hay una clara relación entre la inteligencia emocional y la resiliencia, afirmando que cuanto mayor sea la capacidad de conocimiento y gestión de las emociones, mayor será la fortaleza interna, aumentando las cualidades individuales de resiliencia. Asimismo, Bisquerra (2011) establece que el bienestar se construye al regular las emociones negativas y potenciar las positivas, permitiendo, a su vez, afrontar situaciones difíciles o problemáticas.

Por todo ello, y de acuerdo con Garrido (2015), considero necesario promover la resiliencia y la educación emocional desde edades tempranas, y en especial, en los niños hospitalizados, favoreciendo el crecimiento de individuos seguros, fuertes y emocionalmente estables, capaces de buscar alternativas al sufrimiento, pues la hospitalización puede afectar al bienestar, a las relaciones interpersonales y al desarrollo del niño, pero también puede convertirse en una experiencia enriquecedora cuando el niño entiende la situación como favorecedora al estrés y sale beneficiado de la misma (Castro y Moreno-Jiménez, 2007).

En relación a esto, para llevar a cabo una atención psicopedagógica, atendiendo sobre todo a los aspectos socioemocionales, Mora Fernández (2014) afirma que existen algunos métodos psicológicos que pretenden influir en el pensamiento e imaginación del niño hospitalizado, distrayéndolo del dolor tanto físico como emocional, así como la musicoterapia, el juego, la risoterapia y la visualización (proceso mediante el cual el niño se concentra en una imagen mental de una experiencia agradable). Por esta razón, a continuación, se explican brevemente algunas de estas técnicas que pueden llevarse a cabo en el aula hospitalaria y el cómo pueden ayudar al niño hospitalizado.

2.3.1.1. Musicoterapia

La musicoterapia, según la Federación Mundial de Musicoterapia (citado en Pérez, 2015), consiste en el uso de la música y/o los elementos musicales (sonido, ritmo armonía y melodía) para facilitar y promover la comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización y otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Atendiendo a Ortega, Esteban, Estévez y Alonso (2015), la musicoterapia es una profesión en auge, y entre sus nuevos campos de actuación, se encuentra la oncología que, según Aldrige (citado en Ortega *et al.*, 2015) se centra en las necesidades psicológicas y físicas surgidas de los medicamentos y tratamientos.

Los resultados del estudio realizado por Bradt, Dileo, Grocke y Magill (2011), demuestran que la musicoterapia tiene un efecto físico y psicológico sobre los pacientes oncológicos, mostrando un beneficio en la ansiedad, el estado de ánimo y la calidad de vida de dichos pacientes, pues según San Vicente (2013) la música se asocia a la vida emocional, denominándola “el idioma de las emociones”, ya que permite expresar ideas y emociones.

Dentro de la musicoterapia podemos nombrar las técnicas de relajación y respiración. Según Orgilés, López-Roig, Espada y Méndez (2006) la primera de ellas se utiliza para reducir la ansiedad y tensión muscular que suelen acompañar al dolor que sienten los niños oncológicos, es decir, el dolor provoca tensión en algunos músculos, y la relajación ayuda al paciente a identificar estos músculos y relajarlos. Por consiguiente, estos mismos autores mencionan que las técnicas de respiración suelen integrarse en las de relajación para que el niño aprenda a controlar su respiración, por ejemplo, enseñándole a realizar inspiraciones lentas y profundas, con el fin de que puedan aplicar esta técnica en situaciones que les producen ansiedad.

2.3.1.2. Arteterapia

Atendiendo a la Asociación de Arte Terapia (AATA, s/f), la arteterapia es una profesión de la salud mental que utiliza los procesos creativos del arte para mejorar y explorar el bienestar físico, mental y emocional de los individuos, pues entiende que dichos procesos ayudan a resolver conflictos, desarrollar habilidades sociales, manejar el comportamiento, reducir el estrés, fortalecer la autoestima y la autoconciencia, y alcanzar la introspección.

Según Councill (2003), a través de la arteterapia se puede disminuir el sufrimiento y solucionar problemas psicológicos de los pacientes infantiles hospitalizados, proporcionándoles confianza, ajuste emocional y aprendizajes de cómo afrontar adecuadamente la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos médicos. Por su parte, Puleo (2012) añade que la arteterapia se utiliza en la pediatría oncológica con el fin de que el niño plasme aquello que no puede expresar verbalmente, es decir, se trata de una forma de manifestar, exteriorizar y canalizar los estados de ánimo, emociones, sentimientos, ideas, carencias, fortalezas e inquietudes surgidas durante el tratamiento de la enfermedad (Citado en Galindo Genzor, 2016).

2.3.1.3. Humor / Risoterapia

La palabra humor define “el estado de ánimo de una persona, habitual o circunstancial, que le predispone a estar contenta y mostrarse amable, o, por el contrario, a estar insatisfecha y mostrarse poco amable” (Moliner, 2001). Bastida Susinos (2017) añade a esta definición que el humor es un medio y una estrategia para comunicarse y enfrentarse a las distintas situaciones de la vida, es una actitud de vida, afirmando que cuando se goza de buen humor se ven los problemas de una forma diferente y relajada, encontrando soluciones más creativas y flexibles. Por esta razón, aunque el sentido del humor no solucione ningún problema por sí mismo, puede cambiar la forma de abordar la enfermedad (Camuñas, 2009).

Actualmente, el humor y la risa son estrategias que se utilizan frecuentemente en los hospitales para reducir el estrés, el miedo y la ansiedad, por ejemplo, a través de la intervención de los payasos de hospital con el fin de disminuir el malestar psicológico infantil del niño hospitalizado (Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira y Bordas, 2009).

En definitiva, la risa es una de las técnicas más empleadas para ayudar a los niños con cáncer a afrontar la enfermedad, puesto que permite la liberación de tensiones físicas y emocionales, produce un cambio de actitud y el desarrollo de comportamientos positivos, así como el cumplimiento de prescripciones médicas, mejorando la calidad de vida del niño (Barkmann, Siem, Wessolowski y Schulte-Markwort, 2013; Linge, 2013; Meisel, *et al.*, 2009).

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1. Contexto

A continuación, se presenta una propuesta de intervención, diseñada para llevarla a cabo en el Aula Hospitalaria del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza, ubicada en la 3ª planta del mismo. No obstante, he de comentar que, al no poder llevarla a cabo, dicha intervención se plasma a nivel teórico con el objetivo de su puesta en práctica en un futuro.

El hecho de contextualizar esta intervención en el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet se debe a la posibilidad que he tenido de asistir al aula hospitalaria del mismo, permitiéndome conocer su realidad y recabar la información necesaria para realizar una propuesta adecuada a la misma, todo ello, posible, gracias a la amabilidad y ayuda que me han ofrecido de manera desinteresada los maestros que ejercen en la misma.

Así pues, el aula permanece abierta los días lectivos del calendario escolar en horario de mañana (10:30h-13:00h), con el fin de que los niños hospitalizados de entre 3 y 16 años, reciban atención educativa. Además, se debe comentar que el hospital atiende a habitantes de Aragón, La Rioja y Soria, por lo que los alumnos también serán de esta procedencia.

De esta forma, el aula cuenta con 4 maestros, quienes atienden a una media de 20 alumnos cada día, y aproximadamente, al finalizar el curso son unos 950 niños en total los que han asistido al servicio de dichos profesionales. En relación a esto, los maestros dan atención a distintos espacios y no únicamente en el aula, pues éstos acuden a las habitaciones de aquellos niños que no pueden asistir por motivos de salud (infecciosos, oncológicos, quemados, diálisis y UCI).

En cuanto a la distribución del aula, está dividida en 3 espacios organizados según la edad y etapa educativa, es decir, hay un espacio reservado para los alumnos de Educación Infantil, otro para los de Educación Primaria y el tercero para los de Educación Secundaria, contando con todo tipo de material (libros y cuentos, material didáctico, juegos, material manual, etc.). No obstante, esta organización es flexible, pues según las circunstancias, actividades e intereses de los alumnos, éstos pueden compartir espacios independientemente de cuál sea su edad. Asimismo, el aula cuenta con una cuarta zona denominada “ciberaula”, dotada de 6 ordenadores fijos y 2 portátiles con acceso a internet, proyector y pizarra digital.

3.2. Destinatarios

Los principales destinatarios de esta propuesta de intervención son los niños oncológicos de Educación Infantil que están hospitalizados y que, por lo tanto, acuden al aula del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet.

No obstante, no podemos reducir el alumnado a los que únicamente padecen cáncer, sino que también serán receptores de esta intervención aquellos que padecen otro tipo de enfermedades y que, durante la puesta en práctica de la misma, acudan al aula hospitalaria. En relación a esto, considero necesario comentar que el número de alumnos en ningún momento es exacto, pues depende del número de ingresos y de la salud de los mismos.

El fin de esta propuesta es el trabajar los aspectos psicológicos expuestos en el marco teórico, fundamentales para afrontar el cáncer y todo lo que esta enfermedad conlleva, siendo beneficioso también para el resto de alumnos, favoreciendo su bienestar durante el periodo de hospitalización.

3.3. Metodología

En cuanto a la metodología, aprovechando que en el aula hospitalaria suelen trabajar por centros de interés, se usarán “Los cuentos” como hilo conductor de esta propuesta de intervención. La razón por la que he elegido este centro de interés se debe a que se trata de un tema muy motivador para los niños de educación infantil, pues los niños los viven de forma intensa, sintiéndose protagonistas con los personajes y liberando de esa forma sus sentimientos. Además, los cuentos se han convertido en uno de los recursos más utilizados en las aulas de infantil, pues permiten transmitir no sólo contenidos, sino también valores.

En relación a esto, Martínez (2011) afirma que los niños se sienten atraídos por los cuentos y sus ilustraciones y que, además, suelen permanecer muy atentos a la lectura de los mismos, relacionando los hechos relatados con sus propias vivencias cotidianas, lo que conduce a la reflexión y juicio crítico.

Tal y como se ha ido mencionando a lo largo del documento, el principal objetivo de esta intervención consiste en mejorar el bienestar del niño hospitalizado, es decir, mejorar su situación personal, psicoafectiva y social; y con ello, influir en el progreso del tratamiento oncológico, es decir, conseguir que los alumnos creen expectativas de éxito y mejoren la adherencia al mismo. Por esta misma razón, me centraré en diseñar actividades lúdico-formativas con una metodología activa y participativa, dando protagonismo a los alumnos y partiendo de sus intereses y motivaciones. Para ello, se utilizará el diálogo, la musicoterapia (relajación y respiración), la arteterapia y el humor como principales recursos para trabajar la resiliencia vinculada a la inteligencia emocional, potenciando sus inquietudes personales y las relaciones sociales, pues se tratará de proporcionar momentos para compartir experiencias positivas.

3.4. Temporalización

La propuesta de intervención está programada para el segundo trimestre del curso 2018/2019, es decir, en el periodo lectivo comprendido desde el 8 de enero hasta el 12 de abril.

De esta forma, se plantean un total de 14 sesiones, además de dedicar una primera sesión para realizar la evaluación inicial, y una última para la evaluación final. Asimismo, he de comentar que las sesiones siguen un orden, pues para trabajar la inteligencia emocional se van a abordar 4 emociones, de tal forma que la primera emoción a trabajar será la tristeza (abordándola durante 5 sesiones), después el miedo (2 sesiones) y la ira (4 sesiones), para finalizar con la alegría (3 sesiones).

Para su fácil comprensión, se ha diseñado un cronograma de la propuesta de intervención (Tabla 3), no obstante, he de comentar que esta temporalización será flexible a las distintas circunstancias, tanto de los alumnos (ya que por motivos de salud es probable que no puedan acudir al aula, y por ello, se puede aplazar la sesión a otro día en el que puedan acudir más alumnos), como del aula en general (pues cuentan con la colaboración de diversas asociaciones y organizaciones que desarrollan actividades durante el horario escolar, y por esta razón, se pueden adaptar las sesiones al horario disponible).

Asimismo, aunque ninguna sesión está planteada para que ascienda de los 60 minutos, la duración de las mismas variará según el tipo de actividades planteadas, así como de las condiciones de los alumnos.

Tabla 3. Cronograma de la propuesta de intervención

ENERO						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16 Evaluación inicial	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29 Sesión 1	30	31 Sesión 2			
FEBRERO						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5 Sesión 3	6	7 Sesión 4	8	9	10
11	12 Sesión 5	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26 Sesión 6	27	28 Sesión 7			
MARZO						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5 Sesión 8	6	7 Sesión 9	8	9	10
11	12 Sesión 10	13	14 Sesión 11	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26 Sesión 12	27	28 Sesión 13	29	30	31
ABRIL						
L	M	X	J	V	S	D
1	2 Sesión 14	3	4	5	6	7
8	9	10	11 Evaluación final	12	13	14

● = Evaluación ● = Tristeza ● = Miedo ● = Ira ● = Alegría

3.5. Objetivos

El principal objetivo de la presente propuesta de intervención consiste en mejorar la calidad de vida de los niños hospitalizados, y con ello, lograr un progreso en el tratamiento oncológico, es decir, conseguir que los alumnos creen expectativas de éxito y mejoren la adherencia al mismo. Para ello, se establecen los siguientes objetivos generales, apareciendo los objetivos específicos en cada una de las sesiones planteadas posteriormente:

- Fomentar la normalización.
- Fortalecer las relaciones sociales hospitalarias.
- Conseguir que la experiencia hospitalaria proporcione beneficios.
- Desarrollar las competencias emocionales.
- Mejorar la integración del niño en el espacio hospitalario.
- Fomentar la autoestima, motivación y confianza.

Además de estos objetivos, centrados en brindar un servicio integral en el área psicosocial de los alumnos hospitalizados para mejorar su calidad de vida, también se trabajarán de forma transversal los siguientes objetivos, pertenecientes a las distintas áreas de la Orden del 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de Educación Infantil de Aragón:

Conocimiento de sí mismo y autonomía personal:

- Formar una imagen ajustada y positiva de sí mismo, a través de la interacción con los otros y de la identificación de las propias posibilidades y limitaciones.
- Identificar los propios sentimientos, emociones y necesidades, y ser capaz de denominarlos, expresarlos y comunicarlos.
- Identificar y respetar los sentimientos, emociones y necesidades de los demás.
- Realizar, de manera cada vez más autónoma, actividades habituales para resolver problemas de la vida cotidiana.
- Desarrollar actitudes y hábitos de respeto, ayuda y colaboración con los demás.
- Aceptar las pequeñas frustraciones, manifestando una actitud tendente a superar las dificultades que se plantean, buscando y aceptando la ayuda de los demás.
- Disfrutar de las situaciones cotidianas de equilibrio y bienestar emocional.

Conocimiento del entorno:

- Relacionarse con los demás de forma cada vez más equilibrada y satisfactoria.
- Mostrar interés por asumir responsabilidades en la realización de tareas en grupo, desarrollando actitudes de ayuda y colaboración en un ambiente de respeto mutuo.

Los lenguajes: comunicación y representación:

- Utilizar la lengua como instrumento de comunicación, representación, aprendizaje y disfrute, expresión de ideas y sentimientos.
- Expresar emociones, sentimientos, deseos, vivencias e ideas mediante la lengua oral u otros lenguajes.
- Comprender, reproducir y recrear algunos textos literarios, mostrando actitudes de valoración, disfrute e interés hacia ellos.
- Explorar las posibilidades comunicativas para expresarse plástica y corporalmente.

3.6. Sesiones

3.6.1. Trabajamos la tristeza

3.6.1.1. Sesión 1

Tabla 4. *Sesión 1: Tristeza cuando llegamos al hospital (29/1/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Comunicar y conocer qué es la tristeza.- Identificar experiencias donde sintieron tristeza.- Saber expresar las razones por las que se sienten tristes.- Facilitar la acogida e integración de los alumnos nuevos en el hospital.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Para introducir la emoción de tristeza, se realizará un pequeño debate con el fin de que los alumnos expliquen qué es, para ellos, la tristeza, y con ello, se presentará el “Emocionario”, cuento que describe de manera sencilla 42 emociones, facilitando su identificación y expresión. Tras explicar en qué consiste este cuento, la maestra pasará a buscar la emoción de tristeza, y leerá la descripción que se realiza en el mismo.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Tras identificar y comprender en qué consiste la tristeza, se pasará a realizar otro debate con el fin de que los niños expliquen cómo se sintieron al llegar al hospital, pues probablemente una de las principales emociones que sintieron fue la tristeza, con el fin de reflexionar del por qué se sintieron así (no estaban con los amigos del colegio, era un lugar nuevo para ellos, no conocían a nadie, etc.). Finalmente, nos ponemos en el lugar de los niños que llegan nuevos al hospital, afirmando que podemos ayudarles a no sentirse tristes. Con ello, recordaremos que cuando llegamos al hospital nos sentimos tristes por varias razones, entre ellas por ser un lugar nuevo en el que no conocemos a nadie, y por esta razón, a partir de ese día, la maestra explicará que cuando llegue un alumno nuevo se elegirá a uno o dos alumnos como padrinas/padrinos. Para esta tarea se pedirá la colaboración de los niños de edades mayores, pues se designará la función de padrino/madrina del niño nuevo a uno o dos alumnos, explicándole el funcionamiento y enseñándole los espacios del mismo, así como dar a conocer la localización de sus habitaciones, lugar al que pueden acudir en caso de necesitar ayuda o tener alguna duda.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero (Anexo I).
Tiempo
Se dispondrá de unos 45 minutos para llevar a cabo esta sesión, dedicando 15 minutos en la primera actividad, 20 en la segunda y 10 en la explicación de la tercera.

3.6.1.2. Sesión 2

Tabla 5. *Sesión 2: Trabajamos con el cuento “Vacío” (31/1/2019)*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Escuchar y comprender la lectura del cuento “Vacío”.- Identificar la tristeza como la principal emoción que siente la protagonista del cuento.- Conocer una forma de afrontamiento para manejar la tristeza.- Favorecer los sentimientos de bienestar.- Comunicar oralmente aquellas situaciones que producen tristeza.- Comunicar oralmente aquellas situaciones que les hacen sentir bien.- Expresar de forma artística emociones y vivencias.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> En primer lugar, la maestra leerá el cuento “Vacío” en la asamblea, el cual relata la historia de Julia, una niña con una vida tranquila y feliz, que un día se ve truncada sintiendo un gran vacío en el pecho. La protagonista, intenta buscar soluciones para transformar esa tristeza en la vida feliz que tenía anteriormente. Tras buscar varias soluciones y observar que ninguna funciona, finalmente descubre que ese vacío se llena con las cosas bonitas que pasan en su día a día.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Tras la lectura del cuento, se procederá a realizar un pequeño debate sobre lo que transmite el mismo, realizando preguntas como: Cuando Julia se dio cuenta del vacío que tenía, ¿cómo se sentía?, ¿qué hizo para tapan el vacío?, ¿qué fue lo que realmente tapó el vacío?, ¿a vosotros que cosas os ponen tristes?, ¿qué cosas de vuestro alrededor hacen que estéis contentos?, etc. Finalmente, se concluirá con la afirmación de que la emoción principal que siente la protagonista del cuento es la tristeza, enseñándonos que aquellas cosas que nos gustan (jugar con los amigos, abrazar y dar besos a la familia, etc.), debemos usarlas cuando estamos tristes, y así ponernos contentos.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Tras el pequeño debate, se repartirá a cada alumno una hoja donde aparece el cuerpo de Julia y un círculo en blanco en su pecho, representando el vacío que sentía en el relato del cuento. Con ello, se les explicará que cada uno deberá completar ese hueco con las cosas que les hacen sentir bien (ideas mencionadas durante el debate), y para ello, podrán utilizar distintos materiales como recortes de revistas, o bien, dibujarlo.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Vacío” de Anna Llenas (Anexo II).- Fichas con el cuerpo de Julia (Anexo III).- Material para realizar la ficha: colores, lápices, ceras, rotuladores, revistas, tijeras, pegamento, etc.
Tiempo
Esta sesión está planteada para que se desarrolle durante aproximadamente 45 minutos, dedicando 15 minutos para la lectura del cuento, 10 para el debate y 20 para el dibujo.

3.6.1.3. Sesión 3

Tabla 6. *Sesión 3: Juegos de Bienvenida y Relaciones Sociales (5/2/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Facilitar la acogida e integración de los alumnos nuevos en el hospital, conociendo los nombres de sus compañeros.- Favorecer el sentimiento de bienestar.- Promover las relaciones sociales entre los alumnos al expresar y valorar las características positivas de los compañeros.- Fomentar la autoestima.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Se trata de un juego de bienvenida, es decir, se procurará realizar este juego cada vez que llegue un alumno nuevo, con el fin de facilitar su integración y bienestar a través del humor. Para realizar este juego, los alumnos estarán sentados en círculo, e irán pasando uno por uno al centro del mismo, donde deberán decir su nombre y edad acompañándolo de un gesto, que el resto de compañeros imitarán, resultándoles gracioso y promoviendo la risa de los mismos.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Para llevar a cabo esta actividad, los alumnos también se sentarán en círculo, y se les explicará que el juego consiste en decir algo que nos guste del niño que tenemos al lado. Para facilitar la comprensión empezará la maestra, diciendo algo positivo del niño que tenga sentado a su derecha (por ejemplo: “De X me gusta su sonrisa”). Tras poner el ejemplo, continuará ese mismo niño diciendo algo que le guste de su compañero, y así sucesivamente hasta que todos los niños hayan recibido un mensaje positivo.</p>
Recursos
Para esta sesión no se necesita ningún material específico
Tiempo
Esta sesión tendrá una duración 35 minutos, dedicando 20 a la primera actividad y 15 a la segunda.

3.6.1.4. Sesión 4

Tabla 7. *Sesión 4: Hablamos de los momentos felices (7/2/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Aprender a afrontar situaciones difíciles o problemáticas.- Expresar vivencias y recuerdos positivos.- Regular las emociones negativas y potenciar las positivas.- Fomentar la participación de las familias.
Desarrollo
<p>Esta sesión gira entorno a una única actividad, dividida en varias partes y que se prolonga en la sesión posterior:</p> <p>En primer lugar, en la asamblea recordamos a los alumnos que hay momentos en los que nos sentimos tristes, pero que podemos cambiar esa tristeza y sentirnos mejor. Les explicamos que una forma de afrontar la tristeza consiste en recordar aquellos buenos momentos que hemos pasado con amigos, familiares, etc. Tras esto, abrimos un debate, preguntando a los niños sobre momentos que recuerdan felices, ayudándoles dando algunos ejemplos (yo lo pasé muy bien el día que fui a la playa) o haciéndoles preguntas.</p> <p>Tras esto, se pide la colaboración de las familias, explicándoles que van a realizar el próximo día “La caja de los buenos recuerdos” y para ello, necesitarán una caja, fotografías, objetos, dibujos, etc., que representen momentos felices para el niño.</p>
Recursos
<p>No se necesita ningún recurso, pues éstos se prepararán para la próxima sesión.</p>
Tiempo
<p>Se dedicarán unos 20 minutos para dialogar con los niños sobre los momentos felices que recuerdan, y unos 5 minutos para explicarles a los familiares lo que realizarán el próximo día, pidiéndoles su colaboración.</p>

3.6.1.5. Sesión 5

Tabla 8. *Sesión 5: Creamos “La caja de los buenos recuerdos” (12/2/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Aprender a afrontar situaciones difíciles o problemáticas.- Regular las emociones negativas y potenciar las positivas.- Expresar vivencias y recuerdos positivos.- Fomentar la participación de las familias.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Decorar las cajas que hayan traído y colocar dentro de la misma las fotografías, objetos, recuerdos, dibujos, etc.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Diálogo en la que cada alumno menciona algunos de sus recuerdos, enseñándolo al resto y explicando el por qué recordar eso le hace sentir bien.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Recomendar a los hijos, y también a los padres, que usen esta caja cuando los niños estén un poco decaídos durante la hospitalización, pues puede resultar útil hablar sobre esos recuerdos y cambiar su estado de ánimo.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cajas- Material para decorar la caja (pinturas, recortes, rotuladores, ceras, tijeras, pegamento, etc.)- Recuerdos de los alumnos (fotografías, dibujos, objetos, etc.)
Tiempo
<p>Esta sesión está planteada para ser desarrollada durante unos 50 minutos, dedicando 20 minutos para decorar la caja, otros 20 para el diálogo y 10 para explicarles y recomendarles a los propios niños y a sus familiares, el beneficio de utilizar la caja en los momentos que se sienten tristes, pues puede cambiar el estado de ánimo.</p>

3.6.2. Trabajamos el miedo

3.6.2.1. Sesión 6

Tabla 9. Sesión 6: Trabajamos con el cuento “Encender la noche” (26/2/2019)

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Escuchar y comprender la lectura del cuento “Encender la noche”.- Comunicar oralmente aquellas situaciones que producen miedo.- Expresar artísticamente aquellas situaciones que producen miedo.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Lectura del cuento “Encender la noche” en la asamblea: Relata la historia de un niño que tiene miedo a la noche, y por esta razón, cuando la noche llega enciende lámparas, velas, linternas, etc., hasta que un día le visita una niña misteriosa, Oscuridad, quien le ayuda a descubrir que la noche tiene escondida una luz muy especial, pudiendo disfrutar de cosas que la luz no tiene (estrellas, grillos, etc.).</p> <p><u>Actividad 2.</u> Debate sobre lo que transmite el cuento, realizando preguntas como: ¿qué le pasa al niño? ¿qué hace cuando es de noche?, ¿sale a jugar?, ¿al final del cuento sigue teniendo miedo?, ¿qué ha pasado para no tener miedo?, ¿vosotros a qué tenéis miedo?, ¿qué hacéis para no tener miedo?, etc. Es decir, a través de la historia del cuento se dirigirá el foco del debate para hablar sobre el miedo, comentando los miedos que tiene cada niño, qué es lo que hacen para intentar solucionarlo y qué métodos les funcionan. Finalmente, se procederá a leer qué es lo que nos explica el “Emocionario” sobre el miedo.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Presentamos el “Tragamiedos” a los alumnos, un muñeco que tiene una cremallera, pues sirve para introducir los miedos de los niños, que desaparecerán al tragárselos el muñeco. Posteriormente, pedimos a los alumnos que dibujen en medio folio aquello a lo que temen, con el fin de que el miedo desaparezca al introducirlo en la tripa del “Tragamiedos” y observar, al día siguiente, que ya no está porque se lo ha comido. En relación a esta actividad, a partir de ese día el muñeco estará a disposición de los alumnos, pues si en algún momento un niño necesita introducir un miedo en el muñeco, podrá hacerlo.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero (Anexo I)- Cuento “Encender la noche” de Ray Bradbury (Anexo IV)- Muñeco “Tragamiedos” (Anexo V).- Material para realizar el dibujo: folios, colores, lápices, ceras, rotuladores, revistas, tijeras, pegamento, etc.
Tiempo
<p>Esta sesión está planteada para que se desarrolle durante aproximadamente 45 minutos, dedicando 10 minutos para la lectura del cuento, 15 para el debate y 20 para la actividad con el muñeco “Tragamiedos”.</p>

3.6.2.2. Sesión 7

Tabla 10. *Sesión 7: Nos convertimos en Dalí (28/2/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Expresar artísticamente los miedos.- Fomentar las relaciones con alumnos mayores.- Asumir que tener miedo es legítimo.- Desdramatizar los miedos.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Proyectamos el cuadro “La presencia de la memoria” de Dalí. Explicamos a los alumnos que el autor del cuadro muestra sus miedos en el mismo: las hormigas y los relojes. Con ello, pasamos a hablar de nuestros miedos: ¿tenemos miedo?, ¿de qué?, ¿hay alguien que no tenga miedo a nada? La maestra y los alumnos verbalizan sus miedos, llegando a la conclusión de que todos tenemos miedo a algo, y que tener miedo no es malo, no obstante, tal y como nos contó el “Emocionario”, cuando el miedo se convierte en terror, perdemos el control, nos paraliza y no nos deja pensar.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Creamos un cuadro como el de Dalí. La maestra propone hacer lo mismo que Dalí, plasmar en un cuadro nuestros miedos para reírnos como lo hizo él. Para esta actividad, se pedirá la colaboración de otros alumnos mayores del aula, que ayudarán a los pequeños a dibujar sus miedos, o bien, a buscar fotografías por internet o en revistas.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Exposición del cuadro, invitando a las familias a ver la obra creada, permitiéndoles conocer los principales miedos que tienen sus hijos.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Proyector para mostrar el cuadro “La presencia de la memoria” de Dalí (Anexo VI).- Material para realizar el cuadro: papel continuo, pinturas, ceras, rotuladores, revistas, imágenes de internet, tijeras, pegamento, lápices, etc.
Tiempo
<p>Esta sesión tendrá una duración de 60 minutos, dedicando 10 a la primera actividad, 40 a la creación del cuadro y otros 10 a su exposición.</p>

3.6.3. Trabajamos la ira/rabia

3.6.3.1. Sesión 8

Tabla 11. *Sesión 8: ¿Qué es la rabia? (5/3/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Expresar lo que sugiere la imagen de la ira del “Emocionario”.- Comprender que es la rabia.- Identificar y expresar oralmente situaciones donde sienten rabia.- Conocer distintas formas para evitar que la ira tome el control y nos bloquee.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Observamos la ilustración que describe la Ira en el “Emocionario”, con el fin de que los niños reflexionen sobre la emoción que transmite y qué saben sobre la misma. Una vez se ha concluido que la emoción que representa es la rabia, se procederá a la leer la descripción que aparece en el cuento, con el fin de que comprendan en que es lo que sucede cuando sentimos ira.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Contamos situaciones en las que hemos sentido rabia. Conforme los alumnos expresen sus vivencias, se les preguntará que hacen para evitar, tal y como se menciona en el “Emocionario”, que la ira tome el control, con el fin de que se mencionen algunas técnicas como (respirar, contar hasta 10 para tranquilizarnos, relajarnos, etc.).</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero (Anexo I).
Tiempo
Esta sesión tendrá una duración de 40 minutos, dedicando 20 para el desarrollo de cada actividad.

3.6.3.2. Sesión 9

Tabla 12. *Sesión 9: Cuando estoy enfadado... (7/3/19).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Escuchar y comprender la lectura del cuento “Cuando estoy enfadado”.- Identificar situaciones cotidianas que nos producen enfado.- Adquirir autonomía para resolver problemas.- Adquirir estrategias para controlar la ira.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Lectura del cuento “Cuando estoy enfadado”, que narra cómo se siente su protagonista, un conejo, cuando se encuentra enfadado, qué situaciones de la vida cotidiana le producen enfado y qué hace para controlarlo.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Recordamos qué es la ira. Tras la lectura del cuento, comentamos que le pasa al protagonista del mismo y recordamos lo que ya hemos aprendido sobre esta emoción (nos avisa de las injusticias, sin embargo, esta emoción puede tomar el control y reaccionamos como un animal que está siendo atacado). Con ello, la maestra concluirá diciendo que la ira es como un globo que cuando nos enfadamos se va hinchando y si no lo controlamos, explota, perdiendo el control. En este momento, comentamos lo que hace el conejo para evitar que el globo explote y su enfado dañe a otros: respirar hondo, estar tranquilo en un lugar (debajo de la cama, en la silla...) o buscar a alguien para contarle porque está enfadado.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Representación de situaciones cotidianas que pueden enfadarnos y buscamos soluciones. Volvemos a recordar que estar enfadado a veces no es malo, lo malo es que ese enfado llegue a dañar a alguien, y por ello, antes de que explote el globo tenemos que pensar, relajarnos y actuar correctamente. A continuación, pedimos a un alumno que salga al centro, y al resto les repartimos 2 tarjetas a cada uno (verde y roja), explicándoles que vamos a recrear varias situaciones que pueden provocarles enfado, preguntándole al niño que está en el centro cómo reaccionaría, mientras el resto deberá valorar su reacción con las tarjetas:</p> <ul style="list-style-type: none">o Levantarán la tarjeta verde si creen que se ha parado a pensar y ha conseguido controlarse.o Levantarán la tarjeta roja si creen que no se ha parado a pensar (hinchándose mucho el globo, a punto de explotar). En este caso, dirán entre todos como deberíamos actuar para que esto no sucediese.
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Cuando estoy enfadado” de Tracey Moroney (Anexo VII).- Tarjetas amarillas y rojas.
Tiempo
La duración de esta sesión será de aproximadamente de 60 minutos, dedicando 15 minutos para la primera actividad, otros 15 para la segunda y 30 para realizar la última.

3.6.3.3. Sesión 10

Tabla 13. *Sesión 10: Nos relajamos y respiramos hondo (12/3/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Conocer posibles estrategias de afrontamiento (relajación y respiración) para manejar las próximas situaciones amenazantes.- Manejar emociones básicas como la ira a través de la respiración y relajación.- Tomar conciencia del propio cuerpo.
Desarrollo
<p>Para esta sesión se ofrecerá la oportunidad a los familiares de poder participar en la misma, comentándoles que las actividades que se van a llevar a cabo pueden servir de ayuda para los niños, a la hora de afrontar situaciones difíciles, así como momentos de tensión, rabia o enfado. Por esta razón, podrán repetir estos ejercicios cuantas veces sea necesario a lo largo del curso, ya sea dentro o fuera del aula, si así se cree necesario y efectivo.</p> <p><u>Actividad 1.</u> Relajamos los músculos. Antes de llevar a cabo la actividad, la introducimos recordando lo que hemos aprendido sobre la ira, así como lo que podemos hacer para evitar que tome el control sobre nosotros. Con ello, explicamos que vamos a aprender a relajarnos y a mantener una buena respiración, técnicas que podremos usar cuando estemos en momentos de tensión. Con ello, pondremos música relajante y pediremos a los alumnos que se sienten en una posición que les resulte cómoda para relajarse, mientras sus familiares, o la propia maestra, masajearán las distintas partes del cuerpo (cabeza, cuello, espalda, brazos y piernas).</p> <p><u>Actividad 2.</u> Respiramos hondo. Los alumnos permanecen en una posición cómoda y con música relajante de fondo, se les pide que cierren los ojos y que piensen en algo bonito (paisaje, mar, animales...). Con voz calmada vamos diciendo lo que deben hacer, realizándolo también la maestra y los familiares, con el fin de que los niños lo imiten: cogemos aire durante 4 segundos y soltamos el aire lentamente durante 8 segundos.</p> <p>Para dar como finalizada la sesión, tras realizar la segunda actividad, la maestra pedirá a los alumnos que se vayan incorporando, abriendo los ojos poco a poco.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Música relajante.
Tiempo
La sesión tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos, dedicando 15 para cada una de las actividades.

3.6.3.4. Sesión 11

Tabla 14. *Sesión 11: Creamos el rincón de la calma* (14/3/2019).

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Utilizar el “Rincón de la calma” como una estrategia para afrontar situaciones adversas.- Adquirir estrategias para tranquilizarse.
Desarrollo
<p>Esta sesión se va a dedicar para implantar un nuevo espacio en el aula: “El rincón de la calma”. Para ello, la maestra recordará que el protagonista del cuento “Cuando me enfado”, una de las cosas que hacía para evitar que su enfado dañase al resto, era permanecer tranquilo en un lugar, por lo que nosotros crearemos el lugar perfecto en el aula para que, en caso de necesitarlo, podamos tranquilizarnos.</p> <p>Así pues, se pasará a crear el espacio, utilizando un pequeño rincón del aula y una cortina, pues con ello se pretende que una vez dentro, el niño se tranquilice sin que nadie le moleste. Asimismo, se podrán introducir varios materiales a este rincón, como una botella de la calma, un peluche y una pelota anti-estrés, objetos que pueden facilitar el proceso de llegar a la calma.</p> <p>Tras crear “El rincón de la calma”, se procederá a explicarles a los niños en qué consiste este espacio y cuándo podrán entrar en el mismo, pues se debe insistir en que no se trata de un lugar para jugar, pues sólo podrá entrar un alumno y cuando éste se sienta enfadado o triste, y por este motivo, necesite calmarse para controlar sus emociones y sentirse mejor.</p> <p>De esta forma, esta sesión no es más que una inauguración del “Rincón de la calma” que, a partir de ese momento, los alumnos podrán utilizar cuando se lo pidan a la maestra o sea ella quien se lo proponga al observar que alguno de ellos está en estado de tensión y necesite relajarse.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Una cortina, o bien, cualquier tela que cumpla esa función (manta, sábana, etc.)- Botella de la calma- Peluche- Pelota anti-estrés
Tiempo
<p>Para esta sesión se dedicarán aproximadamente 30 minutos, durante los cuales se creará el rincón, se explicará a los alumnos en qué consiste, así como las normas a seguir, y finalmente, se dará por inaugurado el mismo. No obstante, en el momento que empiecen a utilizarlo los alumnos, se les dejará permanecer en el mismo todo el tiempo que necesite cada uno de ellos.</p>

3.6.4. Trabajamos la alegría

3.6.4.1. Sesión 12

Tabla 15. Sesión 12: ¿Qué es la alegría? (2/4/2019).

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Comprender qué es la alegría.- Favorecer el bienestar al identificar y comunicar oralmente aquellas situaciones cotidianas que producen alegría.- Escuchar y comprender la lectura del cuento “Las palabras dulces”.- Identificar cariño (dado y recibido) como una forma de conseguir la alegría.- Promover las relaciones sociales al ayudar a los demás a regular las emociones negativas y promover las positivas a través de las palabras dulces.
Desarrollo
<p><u>Actividad 1.</u> Lectura y reflexión de la descripción que realiza el “Emocionario” sobre la alegría, a través de preguntas como: ¿qué pasa cuando estamos alegres?, ¿tenemos ganas de llorar?, ¿qué cara ponemos cuando estamos alegres?, ¿y a vosotros que os produce alegría?, ¿por qué?, etc. Tras debatir sobre aquellos momentos que nos hacen sentir alegres, concluiremos diciendo una de las frases que nombra el “Emocionario”: <i>A diferencia de la felicidad, la alegría es de corta duración. Sin embargo, uno puede tener muchísimos ratitos alegres durante el día.</i> Con ello, explicaremos a los alumnos que, a partir de este momento, cada día, antes de abandonar el aula, se realizará una ronda en la que cada alumno comentará un momento que le haya producido alegría, con el fin de que los alumnos vuelvan a sus habitaciones con una sensación de bienestar al recordar esos momentos alegres que se han producido durante la mañana.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Lectura del cuento “Las palabras dulces”, que narra cómo Lola se despierta un día con un montón de palabras dulces en su boca y quiere decírselas a alguien, pero no lo consigue, pues no encuentra el momento (su papá se va a trabajar, su madre tiene prisa, en el autobús del colegio hay mucho ruido, la maestra está cuidando a otros niños...), por lo que regresa a su casa muy triste. Finalmente, al preguntarles sus padres qué le pasa, empieza a decir todas las palabras dulces que tenía guardadas, volviendo a sentirse alegre, a la vez que recibe un montón de abrazos y besos por parte de sus padres.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Debate sobre el cuento a través de preguntas como: ¿qué palabras dulces conocéis?, ¿cuándo decís palabras dulces?, ¿a quién?, ¿cómo os sentís cuando os dicen palabras bonitas?, etc.; llegando a la conclusión que el decir y recibir palabras dulces produce alegría. Por esta razón, explicaremos que cuando un niño esté triste le daremos cariño con abrazos, besos y palabras dulces, y con ello haremos que se sienta mejor, e incluso cambie su estado de tristeza a la alegría.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Cuento “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero (Anexo I).- Cuento “Las palabras dulces” de Carl Norac y Claude K. Dubois (Anexo VIII).
Tiempo
<p>Esta sesión tendrá una duración de 45 minutos, dedicando 20 minutos para la primera actividad, 15 para la segunda y 10 para la tercera. Asimismo, los próximos días se dedicarán 5-10 minutos para decir los momentos alegres que han sucedido durante la mañana.</p>

3.6.4.2. Sesión 13

Tabla 16. *Sesión 13: Damos y recibimos palabras dulces (28/3/2019).*

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Favorecer el bienestar al mantener la relación con los compañeros del colegio.- Vivenciar el efecto de alegría que tiene recibir palabras dulces.- Expresar palabras bonitas a los maestros y compañeros de sus colegios.- Vivenciar el efecto de alegría que tiene decir palabras dulces a los demás.
Desarrollo
<p>Para llevar a cabo esta sesión, anteriormente la maestra se habrá puesto en contacto con las aulas de los colegios de referencia de los alumnos, con el fin, de pedirles colaboración para que graben un vídeo en la que saliesen los maestros y compañeros del aula diciendo palabras dulces (besos, abrazos, guapo/a, te quiero, tesoro, sonrisa, achuchones, amor, corazón, etc.).</p> <p><u>Actividad 1.</u> Proyectar los vídeos realizados por los compañeros de los distintos colegios.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Reflexión sobre cómo nos hemos sentido al escuchar todas las palabras bonitas que tenían para nosotros, realizando preguntas como: ¿os ha gustado?, ¿cómo os sentís?, ¿estáis tristes o alegres?, ¿os gusta que os digan palabras dulces?, ¿entonces las palabras dulces nos producen alegría? Asimismo, quien lo desee podrá hablar sobre sus compañeros de clase (cómo se llaman, con quiénes juegan más, cómo se llama el/la profesor/a, etc.).</p> <p><u>Actividad 3.</u> Respondemos a nuestros amigos creando el mismo vídeo. Tras visualizar y reflexionar sobre la importancia que tiene la muestra de cariño para sentirnos bien, contestaremos a los compañeros de los colegios con un mismo vídeo, diciéndoles palabras dulces.</p> <p><u>Actividad 4.</u> Reflexión sobre cómo nos hemos sentido al decir palabras bonitas a los demás, realizando preguntas como: ¿os ha gustado decir palabras dulces?, ¿cómo os habéis sentido?, ¿estáis contentos?, etc.; concluyendo en la idea de que tenemos que decir palabras bonitas a los amigos, familiares..., pues además de alegrar a los demás, es algo que nos hace sentir bien.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Ordenador y proyector para visualizar los vídeos.- Cámara de vídeo o móvil.
Tiempo
<p>La duración de esta sesión dependerá del número de alumnos que estén hospitalizados, así como de la duración de los vídeos enviados desde los colegios de referencia. No obstante, para llevar a cabo las actividades 2 y 4, se dedicarán unos 10 minutos en cada una de ellas.</p>

3.6.4.3. Sesión 14

Tabla 17. *Sesión 14: Nos reímos* (2/4/2019).

Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Vivenciar el efecto que tiene la risa sobre la alegría.- Reírse y hacer reír a los demás.
Desarrollo
<p>Para introducir la sesión, se recordará lo que hemos aprendido sobre la alegría en los días anteriores (se produce por algo placentero, por ejemplo, al recibir y dar cariño, y aunque es de corta duración podemos tener muchos momentos alegres durante el día). Con ello, la maestra lanzará una pregunta: cuando nos reímos ¿estamos alegres?, ¿por qué? Se guiará el diálogo para llegar a la conclusión de que al reírnos nos sentimos mejor, es decir, cuando nos reímos aumenta la alegría, y por esta razón, se van a realizar varios juegos de risoterapia, pudiéndose repetir a lo largo del curso:</p> <p><u>Actividad 1.</u> Se divide a los alumnos por parejas y la maestra explicará que uno deberá permanecer lo más serio posible, aguantando la risa, mientras su compañero, sin hablar, intentará hacerle reír haciendo gestos y caras graciosas. Posteriormente, se intercambiarán los papeles.</p> <p><u>Actividad 2.</u> Sentados en círculo, la maestra hará una mueca al alumno que tenga sentado a la derecha y éste hará lo mismo al compañero que tenga al lado, así sucesivamente hasta llegar al primero.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Por parejas, un niño empieza a hacer gestos, muecas y sonrisas, mientras el otro hace de espejo, imitándole. Posteriormente, se cambia de roles.</p> <p><u>Actividad 4.</u> Los alumnos tienen que reírse como lo haría una persona en concreto, especificada por la maestra al preguntar: ¿cómo se ríe un bebé?, ¿y una bruja?, ¿cómo sería la risa de un superhéroe?, etc.</p> <p><u>Actividad 5.</u> De repente, y sin avisar, la maestra empieza a reír a carcajadas hasta ver cómo terminan riéndose todos los niños sin saber por qué.</p> <p><u>Actividad 6.</u> Reflexión sobre la sesión a través del lanzamiento de preguntas como: ¿os han gustado estos juegos?, ¿cómo os habéis sentido?, ¿creéis que cuando os reíais estabais alegres?, ¿entonces la risa hace que estemos alegres?, etc.</p>
Recursos
Para esta sesión no se necesita ningún material.
Tiempo
Esta sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos, dedicando 10 a cada una de las actividades.

3.7. Evaluación

Teniendo en cuenta la Orden del 28 de marzo de 2008, por la que se establece el currículo de Educación Infantil de Aragón, la evaluación de este programa de intervención será continua y formativa.

El carácter continuo de la evaluación permitirá comprobar el progreso de los alumnos, así como los aprendizajes que van adquiriendo durante la intervención. Para ello, no sólo se realizará un seguimiento periódico de la evolución que van adquiriendo los niños en las distintas sesiones, sino que también considero necesario realizar una evaluación inicial (antes de empezar con la intervención) y otra final (tras concluir con el programa).

De esta forma, la evaluación inicial se llevará a cabo el 16/01/2019, dedicando una sesión para la misma (Tabla 18), con el fin de que la maestra, mediante la observación directa y el diálogo con los alumnos, pueda percibir los conocimientos previos que poseen sobre el tema a tratar, y en su caso, realizar las adaptaciones oportunas en el programa. Para ello, contará con el apoyo de una rúbrica, en la que se proyectarán los conocimientos que poseen cada uno de los alumnos, además de poder realizar las anotaciones pertinentes.

Tabla 18. *Sesión de evaluación inicial (16/01/2019)*

Desarrollo

Actividad 1. Con todos los alumnos de educación infantil sentados en círculo, la maestra mostrará una serie de fotografías donde aparecen varios niños y niñas expresando diversas emociones. Con cada una de las fotografías y sus estados emocionales correspondientes, se realizarán preguntas del tipo: ¿qué le pasa a este niño?, ¿por qué creéis que está así?, ¿qué le ha podido pasar?, ¿a ver cómo ponemos esta cara?, ¿cuándo ponemos esta cara?, ¿cuál de estos niños creéis que se siente mejor?, cuando estáis tristes ¿qué hacéis para dejar de estarlo?, ¿y cuando estáis enfadados?, etc.

Actividad 2. Se trata de una pequeña introducción del programa de intervención que se va a llevar a cabo, con el fin de que los alumnos conozcan el mismo. Para ello, se les enseñará los cuentos que van a trabajar, leyendo los títulos y observando la reacción de los niños.

Actividad 3. Por último, se les explicará que a partir de este momento y durante todos los días del segundo trimestre, nada más entrar al aula cantarán la “Canción de la Felicidad”, para empezar con mucha energía el día, pues nos aporta alegría y buen humor. Así pues, se proyectará la canción con el fin de que conozcan la letra y empiecen a aprenderla. Tras escuchar la canción se les preguntará si les ha gustado, y tras conocer las distintas opiniones, se finalizará la sesión adjudicando esta misma canción para dar la bienvenida todos los días o, por el contrario, utilizar otra que haya sido propuesta por los propios alumnos, adaptándonos así a sus intereses y motivaciones. A lo largo del trimestre, a través de esta canción, se pretende facilitar la adaptación al aula hospitalaria y motivar a los niños para asistir a la misma, asociando dicha canción a un momento de alegría y diversión.

Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Fotografías de niños expresando distintas emociones (Anexo IX).- “Emocionario” de Cristina Nuñez y Rafael Romero (Anexo I).- “Vacío” de Anna Llenas (Anexo II).- “Encender la noche” de Ray Bradbury (Anexo IV).- “Las palabras dulces” de Carl Norac y Claude K. Dubois (Anexo VII).- Ordenador y Proyector para presentar la “Canción de la felicidad” (CantaJuego, 2010).- Rúbrica de evaluación inicial (Anexo X)
Tiempo
Esta sesión tendrá la duración de unos 50 minutos aproximadamente, de los cuales se dedicarán 30 minutos a la primera actividad, 10 a la segunda, y otros 10 a la tercera.

Asimismo, tal y como se ha comentado anteriormente, para que la evaluación sea continua, durante la puesta en práctica de la intervención se realizará un seguimiento periódico, siendo la observación directa el principal instrumento de evaluación. Además, todas las sesiones planteadas disponen de algún momento de reflexión o debate, por lo que, mediante el diálogo, la maestra podrá observar si los alumnos han alcanzado los objetivos previstos.

Para concluir con el programa de intervención se realizará una evaluación final el 11/4/2019, con el fin de comprobar su utilidad, así como observar los conocimientos que han adquirido los alumnos a lo largo del mismo. De esta forma, se llevará a cabo una sesión (Tabla 19) para recabar estos datos, además de contar con una rúbrica que, contrastándola con los resultados de la evaluación inicial, permitirá observar la evolución de los alumnos a lo largo del trimestre.

Tabla 19. *Sesión de evaluación final* (11/4/2019).

Desarrollo
<p>El principal objetivo de esta sesión es observar los conocimientos que han adquirido los alumnos durante la intervención, y para ello, se van a realizar tres actividades:</p> <p><u>Actividad 1.</u> Para conocer la evolución que han adquirido los alumnos a lo largo de la intervención, la maestra usará como medio el juego de “La oca de las emociones”, un tablero de elaboración propia y en cuyas casillas aparecen distintos niños expresando las emociones trabajadas (Anexo XI). El fin de esta actividad es que, mediante este juego, los niños muestren los aprendizajes adquiridos, pues al caer en las casillas deberán decir que emoción siente el niño o niña de la casilla y expresar facialmente esa emoción, y además, deberán responder a las preguntas planteadas por la maestra (Anexo XII).</p> <p><u>Actividad 2.</u> Conforme los niños vayan llegando a la meta de “La oca de las emociones”, se les preguntará cómo se sintieron al llegar al hospital y cómo se sienten ahora, emociones que reflejarán en una ficha (Anexo XIII), completando las caras con los rasgos propios de cada emoción.</p> <p><u>Actividad 3.</u> Una vez hayan dibujado las dos caras todos los alumnos, se realizará un debate con el fin de que los alumnos expresen aquello que les gusta del hospital, y con ello, la maestra pueda observar, de alguna forma, si han desarrollado capacidades resilientes, ayudándoles con preguntas como: ¿El hospital tiene cosas bonitas?, ¿qué es lo que más os gusta del hospital?, ¿habéis conocido a otros niños?, ¿os gusta estar con ellos?, ¿jugáis con ellos al salir del aula?, ¿os gusta venir a aquí, al aula?, ¿qué es lo que más os gusta hacer aquí?, etc.</p>
Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Juego “La oca de las emociones” (Anexo XI). - Preguntas que se pueden realizar durante el juego (Anexo XII). - Ficha con dos caras vacías (Anexo XIII). - Rúbrica de evaluación (Anexo XIV).
Tiempo
<p>La sesión tendrá una duración aproximada de 60 minutos, dedicando 30 a la primera actividad, 15 a la segunda y otros 15 a la tercera.</p>

Como se ha comentado al principio, la evaluación también tendrá un carácter **formativo**, es decir, permitirá valorar el proceso de enseñanza-aprendizaje y realizar las adaptaciones necesarias en el diseño de la intervención, con el fin de favorecer la consecución de los objetivos para las próximas sesiones, o bien, para los cursos académicos posteriores. Para ello, se ha creado una rúbrica (Anexo XV) que la maestra completará al finalizar cada una de las sesiones, realizando una autoevaluación del trabajo realizado, y de esta forma, comprobar la calidad y efectividad de las mismas, así como las dificultades encontradas, y en ese caso, poder realizar las modificaciones pertinentes para solventar dichas dificultades en próximas sesiones.

Para finalizar con el proceso de evaluación, se pasará un cuestionario (Anexo XVI) a los familiares de los alumnos del aula, cuyas respuestas nos permitirán analizar si el nivel de bienestar influye en otros ámbitos, en concreto, en el progreso del tratamiento oncológico, así como en la adherencia al mismo; y de esta forma, comprobar si se ha alcanzado el principal objetivo de la propuesta de intervención.

3.8. Resultados esperados

Debido a que la intervención se plantea a través del diseño de un programa, que no va a poder ponerse en práctica en este momento y que, por lo tanto, no se van a poder analizar unos resultados específicos, en este apartado se exponen los resultados que se esperan obtener al aplicar dicho programa de intervención en un futuro próximo. Para llegar a estas conclusiones, me he basado en distintos estudios e investigaciones realizados sobre el tema en cuestión, y que se van a ir comentando a lo largo del apartado.

Para comenzar, se debe mencionar que, si se realiza una autoevaluación objetiva del diseño del programa de intervención, recogiendo tanto los aspectos positivos como negativos de las distintas sesiones (Anexo XV), y se realizan las adaptaciones pertinentes a lo largo de la puesta en práctica del mismo, se facilitará la consecución de los objetivos en próximas sesiones y la obtención de buenos resultados en la evaluación final del programa (Anexo XIV).

En la rúbrica de la evaluación final (Anexo XIV), se puede observar que los ítems que se evalúan están relacionados con las cuatro habilidades básicas de la inteligencia emocional (expresión, comprensión, regulación de emociones y facilitación del pensamiento a través de las mismas), expuestas en el modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (citado en Quesada, Justicia, Romero y García, 2014). Según estos autores, desde la pedagogía hospitalaria, se debe hacer especial hincapié en la expresión (exponer los sentimientos y vivencias, con el fin de reducir aquellos que sean perjudiciales para su recuperación) y regulación emocional (inhibición de respuestas emocionales negativas y perjudiciales para el paciente); a lo que Farah, Rodríguez y Sosa (citado en Quesada *et al.*, 2014) añaden que cuando el niño comprende los pensamientos que le generan una determinada emoción, puede emplear sus recuerdos e ideas para anular estados emocionales desagradables o mantener los agradables.

En esta línea, encontramos la investigación realizada por Salovey, Rothman, Detweiler y Steward (citados en Quesada *et al.*, 2014) en la que se demuestra que ser optimista y experimentar emociones positivas, se convierte en un factor de protección frente a situaciones estresantes o traumáticas, adquiriendo recursos para afrontar problemas de salud, lo que deriva al desarrollo de la resiliencia.

De este modo, y de acuerdo con Greco, Morelato y Ison (citado en Greco, 2010), podemos afirmar que las emociones positivas son uno de los recursos psicológicos necesarios en el proceso de resiliencia, a lo que Lamas (citado en Greco, 2010) añade que el experimentar emociones positivas en situaciones de adversidad, permite desarrollar recursos emocionales para afrontar situaciones complejas, adversas y de riesgo con humor, optimismo, esperanza y tranquilidad, contribuyendo así al proceso de resiliencia.

Así pues, el hecho de que se consigan unos buenos resultados en la evaluación final (Anexo XIV), significará que los alumnos habrán desarrollado su inteligencia emocional y su capacidad resiliente, pero esto no se quedará aquí, pues existen varios estudios que evidencian la influencia que tiene la inteligencia emocional sobre la salud mental, la satisfacción y el bienestar, así como los que mencionan, en su artículo, Extremera y Fernández-Berrocal (2004). De esta forma, existen varias investigaciones como la de Liao, Liao, Teoh y Liao (citado en Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), que demuestran que los alumnos con menores niveles de inteligencia emocional tienen más estrés, depresión y quejas somáticas, a diferencia de los estudiantes con niveles altos de inteligencia emocional, que en el estudio de Ciarrochi, Chan y Caputi (citado en Extremera y Fernández-Berrocal, 2004) muestran una mayor empatía y satisfacción ante la vida, y una mejor calidad en las relaciones

sociales.

De esta forma, si al finalizar el programa de intervención, los alumnos han desarrollado su inteligencia emocional, no sólo presentarán menos estados emocionales negativos, sino que también exhibirán emociones positivas y un mayor bienestar psicológico, así demostrado en las investigaciones tanto de Brackett y Mayer, como en las de Lopes, Salovey y Straus (citados en Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

Así pues, se espera que esto se vea reflejado en las encuestas contestadas por los familiares (Anexo XVI), en concreto, en aquellos apartados donde se pregunta sobre el nivel socio-emocional del niño, mostrándose una clara evolución: los primeros días de hospitalización, probablemente, se perciban más estados emocionales negativos, mientras que al finalizar la intervención, se espera que los familiares perciban como estos estados han disminuido, aumentando significativamente las emociones positivas y el bienestar del niño.

No obstante, tampoco vamos a estancarnos aquí, sino que vamos a ir un paso más allá, pues de acuerdo con Barra (2004), existen muchas evidencias de que la salud física puede estar influida por las consecuencias fisiológicas que tienen las experiencias emocionales, así como las que establecen Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, o Salovey, Rotham, Detweiler y Steward (citados en Barra, 2004), al afirmar que los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas, además de hacer a las personas más vulnerables a diversas enfermedades. Por esta razón, a través de las respuestas dadas por los familiares en la encuesta (Anexo XVI), se espera ver una mejoría del estado de salud de los niños:

- Mostrando más síntomas al principio de la hospitalización que después, pues Salovey y Birnbaum (citado en Barra, 2004) comprobaron en sus estudios que, las personas que presentan sentimientos de tristeza, comunican más sus síntomas, atribuyéndoles mayor severidad que aquellas otras que suelen mostrar emociones positivas. En relación a esto, las investigaciones realizadas por Pennebaker (citado en Barra, 2004) afirman que las personas que suelen tener un estado de ánimo negativo, experimentan mayores niveles de tensión e insatisfacción, además de ser más pesimistas y centrarse en los aspectos negativos tanto de sí mismos como de los otros, lo que se traduce en la comunicación de una mayor cantidad e intensidad de síntomas físicos, ya que perciben sensaciones menores como algo doloroso o patológico.

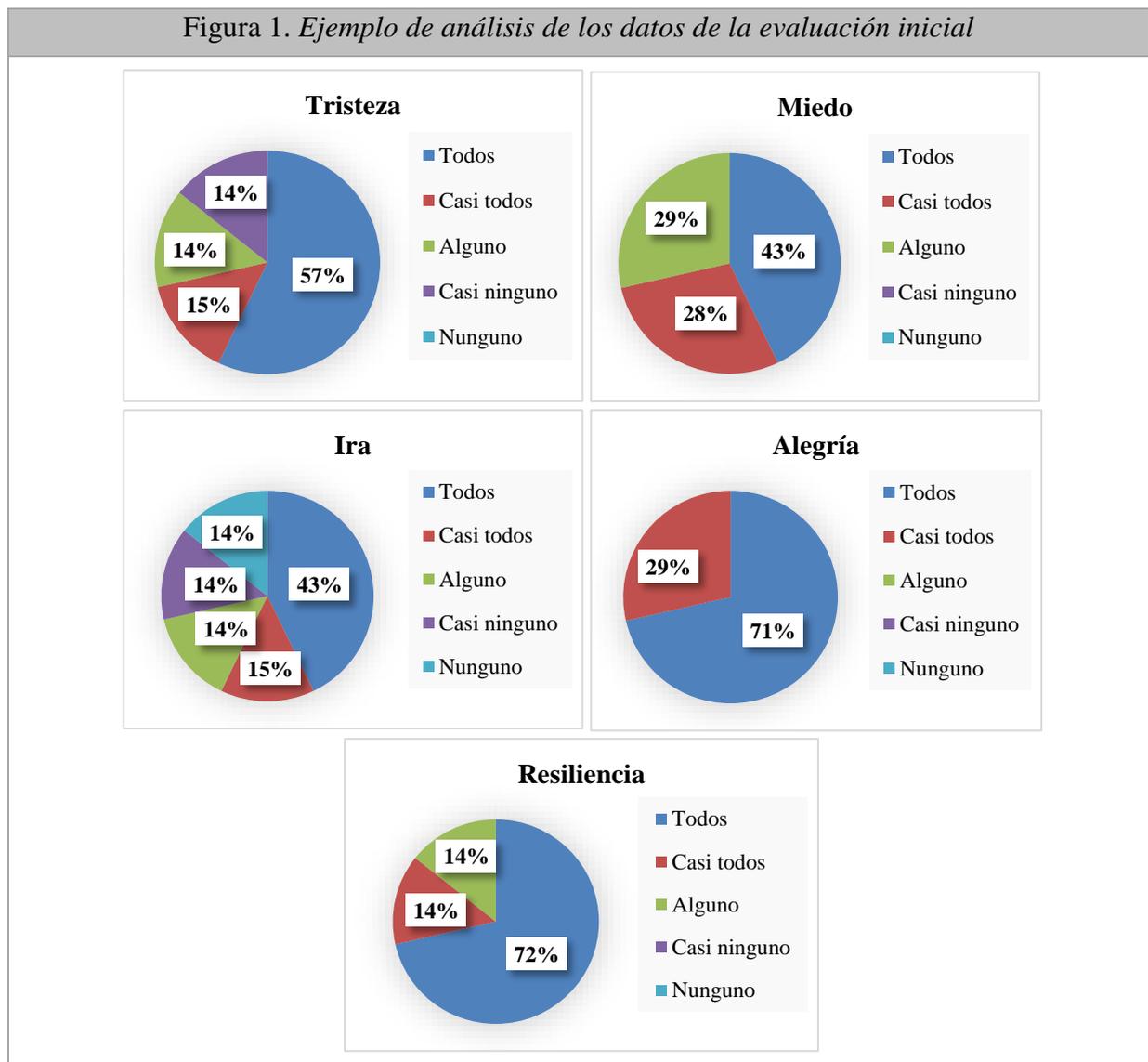
- Mostrando una mayor adherencia al tratamiento en el momento que se realiza la encuesta que al principio de la hospitalización, pues Salovey y Birnbaum (citado en Barra, 2004) también estudiaron la influencia que tiene el estado emocional sobre la adherencia al mismo, afirmando que aquellas personas que experimentan un estado de ánimo negativo creen que es poco lo que pueden hacer para sentirse mejor, siendo menos probable que se adhieran a las recomendaciones del tratamiento. Wegener, Petty y Smith (citado en Barra, 2004) añaden que cuando las personas tienen un estado emocional placentero, están más motivadas para involucrarse en conductas que mantengan ese estado, así como para buscar ayuda ante un problema. De la misma forma, Osorio, Bazán, Paredes y Osorio (2004) mencionan que los niños a menudo muestran inconformidad y una resistencia activa hacia las rutinas de los procedimientos médicos, debido a la ansiedad y dolor que causan tales tratamientos, destacando el gran papel que tienen el juego y el humor, pues pueden resolver hasta un 80% los casos de depresión y estrés. Por esta razón, no solo es necesario una operación, un medicamento o una inyección, sino que todo este proceso debe estar acompañado de situaciones de alegría y felicidad, lo que dará paso a un estado de ánimo óptimo, y una mejor y más rápida recuperación (Osorio *et al.*, 2004).

3.8.1. Método de análisis de los datos obtenidos y síntesis de los resultados esperados

Tal y como se ha comentado anteriormente, al tratarse de una intervención planteada para su puesta en marcha en un futuro, no va a ser posible obtener unos datos específicos en esta ocasión, no obstante, considero necesario plasmar cómo analizaría los mismos en su momento. De esta forma, he de comentar que consistirá en un análisis cuantitativo de los datos, realizándose como se describe a continuación, con el fin de comprobar si se han alcanzado o no los resultados esperados expuestos anteriormente:

En primer lugar, se analizarán los datos obtenidos de la evaluación final, y para ello se creará un gráfico para cada área evaluada en la misma (tristeza, miedo, ira, alegría y resiliencia). En cada una de las áreas se evalúan 6 ítems, por lo que se plasmará el número de alumnos que ha conseguido todos los ítems (6), casi todos (4 o 5 ítems), alguno (3 ítems), casi ninguno (1 o 2 ítems) o ninguno (0 ítems), traducándose posteriormente en porcentajes. En la Figura 1 se muestra un ejemplo de cómo se observarían los gráficos tras plasmar los datos, no obstante, se debe tener en cuenta que dichos datos no son reales, suponiendo la evaluación de un total de 7 alumnos.

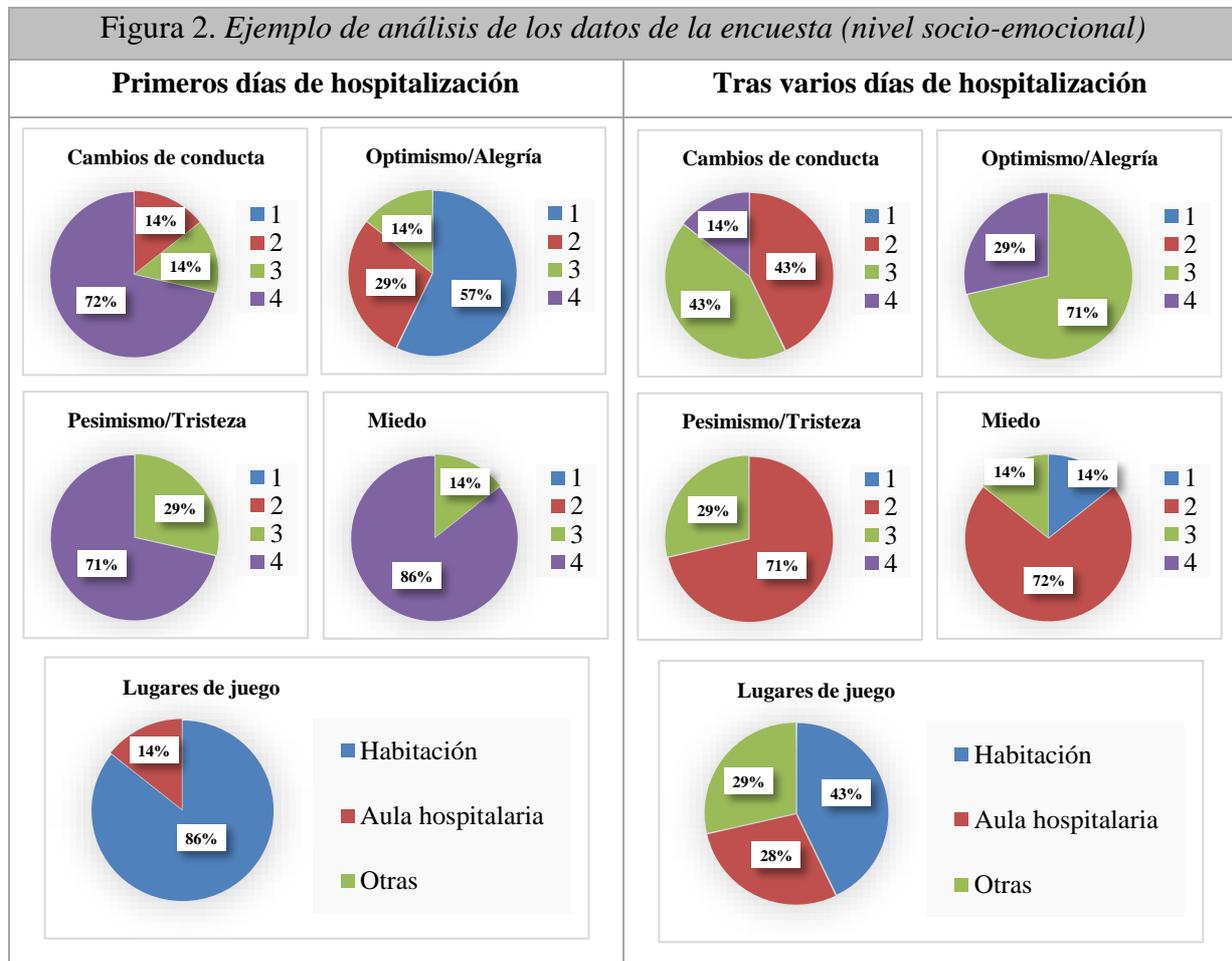
Figura 1. Ejemplo de análisis de los datos de la evaluación inicial



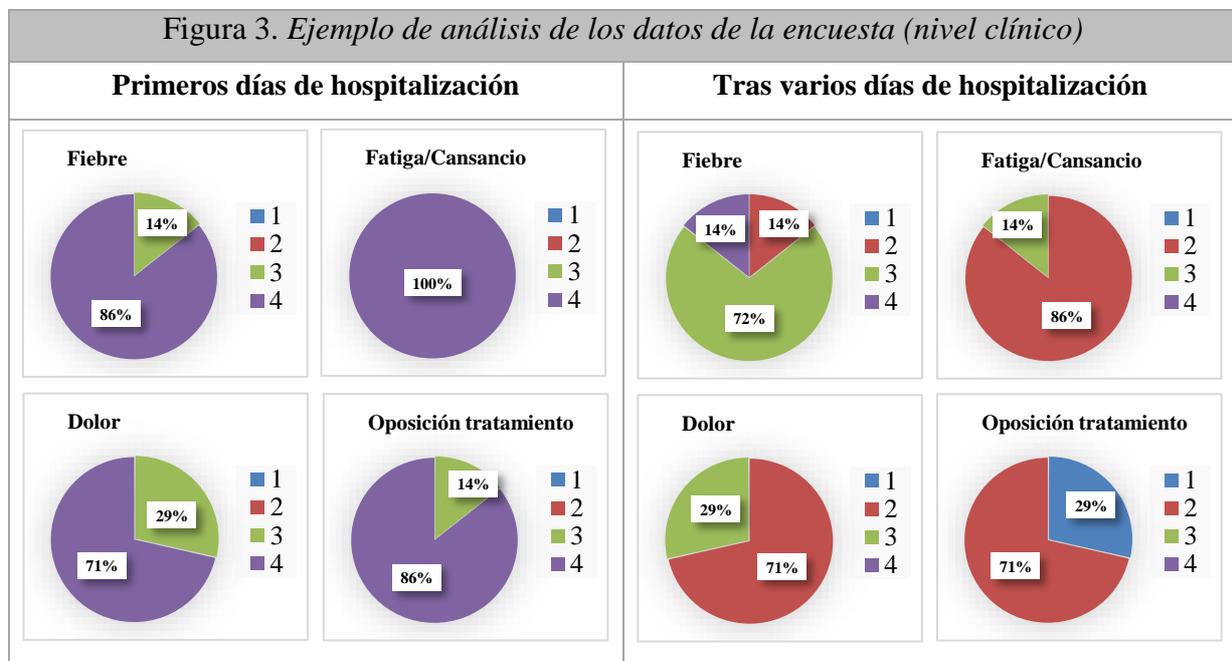
De esta forma, basándonos en los estudios anteriormente expuestos, si se obtienen unos buenos resultados en esta evaluación, significará que los alumnos habrán desarrollado su inteligencia emocional y resiliencia, lo que se traducirá en una mayor empatía y satisfacción ante la vida, mejores relaciones sociales, la presencia de menos emociones negativas y más positivas, y un mayor bienestar psicológico. No obstante, si los resultados no son buenos, querrá decir que los alumnos no habrán desarrollado su inteligencia emocional ni resiliencia, lo que se manifestará en un mayor estrés, depresión y quejas somáticas.

A su vez, esto se verá reflejado en los resultados de las encuestas que deberán contestar los familiares, sobre todo, en los aspectos socio-emocionales. Es decir, si los resultados de la evaluación anterior son buenos, es probable que se observe una clara evolución en las encuestas, mostrándose más estados emocionales negativos los primeros días y disminuyendo los mismos con el paso del tiempo, aumentando los estados emocionales positivos y el bienestar del niño. De la misma forma, si los resultados de la evaluación no son buenos, es probable que en las encuestas se refleje que los estados emocionales negativos de los primeros días no hayan disminuido, e incluso hayan aumentado. Así pues, para observar si se produce esta evolución o no, se reflejarán los datos en gráficas, mostrándose el porcentaje de alumnos que presenta dichas conductas: 1 (Nunca observado), 2 (Raramente observado), 3 (A veces observado) y 4 (Frecuentemente observado) al principio de la hospitalización y tras varios días. Un ejemplo de cómo podría observarse con datos no reales, es el que se muestra en la Figura 2, no obstante, sólo aparecen algunos de los ítems evaluados en la encuesta, en un futuro deberían representarse con una gráfica cada uno de los ítems que aparecen en la misma.

Figura 2. Ejemplo de análisis de los datos de la encuesta (nivel socio-emocional)

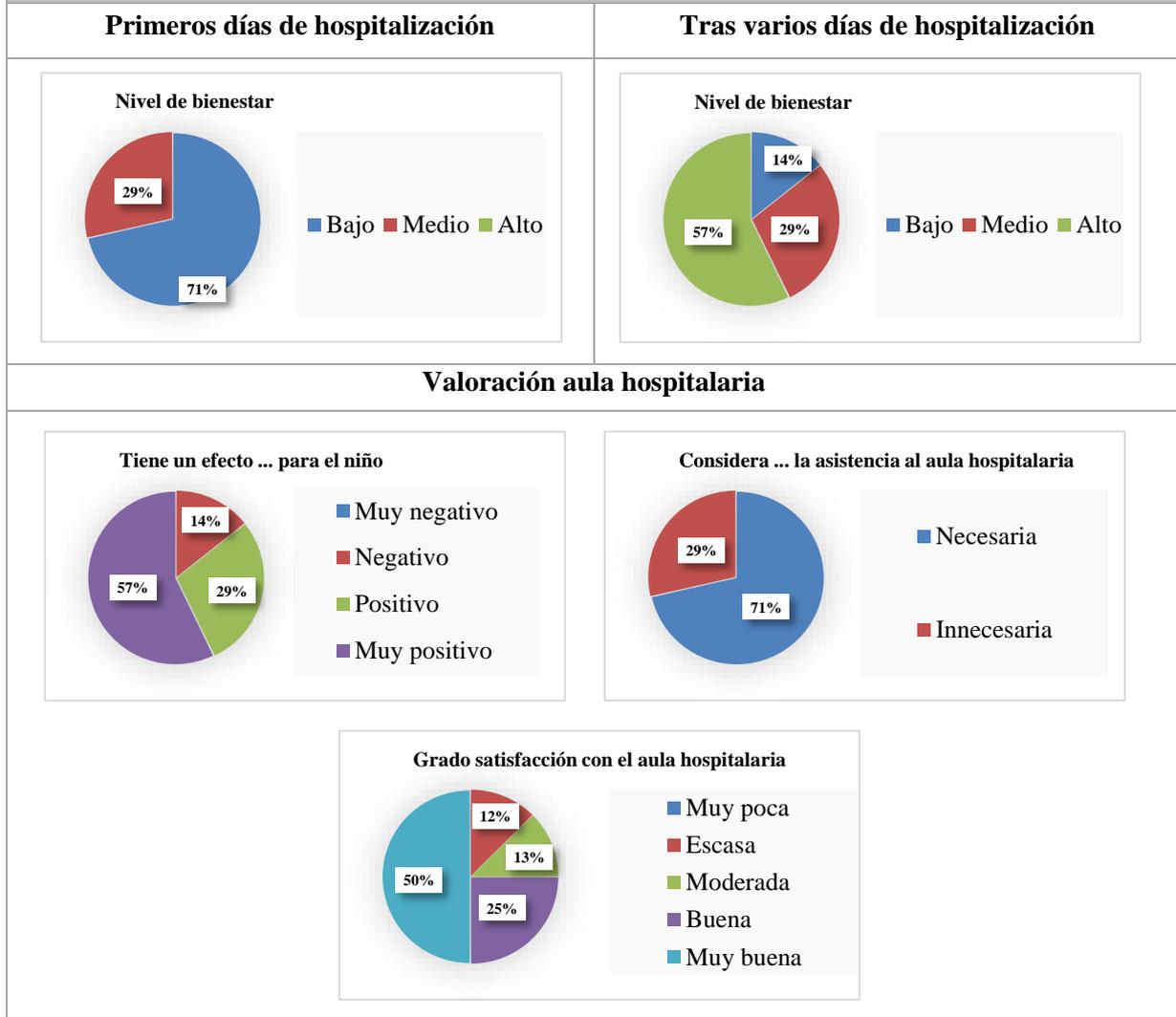


Posteriormente, se analizarán los datos clínicos obtenidos de la encuesta, pues queda demostrado que las experiencias emocionales influyen sobre la salud física, de tal forma que, si a nivel socio-emocional se ha obtenido una evolución, en este apartado se observará que los alumnos presentaban más síntomas al principio de la hospitalización que después. En cambio, si en el análisis anterior persisten los estados emocionales negativos sobre los positivos, probablemente los síntomas no habrán disminuido, incluso aumentarán, además de mostrar poca adherencia al tratamiento. En la figura 3 se muestra un ejemplo no real de cómo se analizarían dichos datos, presentándose el porcentaje de niños que muestran algunas de las conductas evaluadas en la encuesta: 1 (Nunca observado), 2 (Raramente observado), 3 (A veces observado) y 4 (Frecuentemente observado) al principio de la hospitalización y tras varios días.



Para finalizar, se analizarán los datos obtenidos de la encuesta sobre el nivel de bienestar que tenía el niño al llegar al hospital y el que tiene tras varios días de hospitalización, además de la valoración personal que tienen los familiares sobre el trabajo realizado en el aula hospitalaria. Un ejemplo de ello son los datos irreales que se muestran en la figura 4.

Figura 4. Ejemplo de análisis de los datos de la encuesta (nivel de bienestar y valoración sobre el aula hospitalaria)



En definitiva, al tratarse de un análisis muy desglosado de todos los aspectos que se tratan en la intervención, en un futuro, no sólo nos permitirá observar a nivel general los efectos que ha tenido la misma sobre los alumnos a los que iba dirigida, sino que también nos otorgará la oportunidad de observar en qué puntos de la intervención se han producido fallos o no se han alcanzado los resultados esperados, permitiéndonos reflexionar sobre las razones de este suceso y realizar las modificaciones pertinentes para próximas puestas en marcha de la intervención.

4. CONCLUSIONES / VALORACIÓN PERSONAL

Con la elaboración de este Trabajo Fin de Grado, pretendía acercarme a un ámbito de la educación del que era gran desconocedora: las aulas hospitalarias. De esta forma, la elaboración del presente trabajo me ha permitido investigar y aprender sobre el funcionamiento general de este tipo de aulas, alcanzando, así, uno de los objetivos propuestos al inicio del mismo. En relación a esto, con la realización de este trabajo también he podido comprobar la ignorancia que existe sobre este ámbito a nivel social, sorprendiéndome aquella procedente de los trabajadores del mismo Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, pues al intentar contactar con los maestros del aula hospitalaria, me topé en varias ocasiones con la sorpresa de algún personal al mencionar este espacio del hospital, desentendiendo el servicio al que me refería.

Con ello, considero que desde el Grado de Magisterio en Educación Infantil se debería dar mucha más importancia al estudio de este tipo de aulas, siendo insuficiente la mera mención de su existencia, así como profundizar en el funcionamiento y objetivos de las mismas; pues queda claro que gran parte de la población desconoce este ámbito educativo, situación difícil de superar, si ni siquiera los futuros maestros poseen una información proporcionada sobre el mismo.

Asimismo, el objetivo de indagar sobre el cáncer infantil me ha permitido conocer los distintos tipos de enfermedades que se agrupan bajo esta denominación, así como lo que tienen en común todas ellas: el dolor de algunas pruebas diagnósticas en el niño, como pueden ser la aspiración y biopsia para detectar el tumor; o los efectos secundarios que producen los tratamientos oncológicos (náuseas, vómitos, caída de pelo, palidez, adelgazamiento, cansancio e infecciones). Todo ello, junto a la vivencia de una serie de cambios producidos por la propia hospitalización (prohibiciones, aislamiento, separación de los padres y compañeros de colegio, y relaciones con personas desconocidas), produce en el niño un sentimiento de malestar, dando lugar a una serie de emociones negativas como son el dolor, miedo y ansiedad.

Por esta razón, resulta esencial mejorar la calidad de vida de los niños oncológicos, y esto puede realizarse desde las aulas hospitalarias, llevando a cabo una atención integral (educativa, social, psicológica y emocional) durante la estancia hospitalaria, con el fin de dotar a los alumnos de estrategias para hacer frente a la nueva situación, además de ayudarles a afrontar la enfermedad, pues múltiples estudios han confirmado la imposibilidad de afrontar el cáncer desde una perspectiva únicamente médica. Teniendo en cuenta que los niños con cáncer se enfrentan a un amplio abanico de emociones que no siempre pueden regular, se ha desarrollado el último de los objetivos planteados con la elaboración de una propuesta de intervención bajo el marco de la inteligencia emocional, con el fin de ofrecerles herramientas para gestionar emocionalmente la difícil situación por la que pasan.

Tras desarrollar la propuesta de intervención y plantear los resultados esperados, creo conveniente mencionar la necesidad de incorporar este tipo de programas en las aulas hospitalarias, facilitando a los alumnos la capacidad de experimentar emociones positivas, pues éstas no solo permiten desarrollar el proceso de resiliencia, sino que también permitirán compensar y normalizar la situación de enfermedad y hospitalización. No obstante, me han surgido varios problemas a la hora de establecer los resultados esperados de la intervención, pues existen pocos estudios e investigaciones sobre este tipo de intervenciones en el ámbito hospitalario, por lo que he realizado un análisis de estudios más generales, para posteriormente, relacionarlo con la situación que sufren los niños hospitalizados y diagnosticados con cáncer, hecho que vuelve a confirmar la poca información que se posee sobre esta labor.

También he de comentar que la realización de este Trabajo Fin de Grado me ha traspasado un enriquecimiento personal muy positivo, pues puedo decir que se han cumplido razonablemente los tres objetivos que se habían propuesto en un principio. Este enriquecimiento se debe a los grandes conocimientos adquiridos al investigar el tema en cuestión, que junto con la visita al aula hospitalaria del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, me ha permitido conocer en primera persona la realidad de este tipo de aulas, fomentando mi interés por la posibilidad de trabajar, en un futuro, como docente en una de ellas. Asimismo, no puedo concluir con el trabajo, sin antes valorar la gran labor que realizan los maestros en las aulas hospitalarias: si ser docente ya resulta reconfortante, ser maestro en un hospital debe multiplicar esta gratificación, pues ya no solo es un maestro, sino que se convierte en un gran apoyo emocional de los alumnos enfermos, requiriendo de una gran fortaleza personal, además de tener en cuenta todas las circunstancias que rodean a los alumnos para realizar actuaciones diferenciadas, trabajo complejo, pero que a la vez, admiro.

Para concluir, tras haber finalizado el Trabajo Fin de Grado, en cuanto a las sensaciones subjetivas, debo mencionar la satisfacción que siento por haber orientado mi trabajo bajo este tema, pues tal y como ya he mencionado en los párrafos anteriores, he adquirido y desarrollado conocimientos académicos, personales y profesionales sobre este ámbito, los cuales han fomentado, aún más, mi interés por seguir acercándome a este campo de la educación. No obstante, esto no ha sido tarea fácil, debido a la escasa información que existe sobre el mismo, ni tampoco suficiente, pues pienso que todavía me queda mucho por aprender sobre este tema, sintiéndome incitada a ello, como por ejemplo a seguir formándome en el ámbito de la psicología, pues considero esta formación, entre otras, esencial a la hora de poder ejercer como maestra en un lugar tan peculiar y complejo como son las aulas hospitalarias.

5. REFERENCIAS

- AATA (s/f). *American Arttherapy Association*. Recuperado de <https://arttherapy.org/about/>
- Acuña, A. (2012). *Por todos los niños con cáncer: de emociones y política*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Alejo, F. y Saucedo, N.C. (2017). Tumores del sistema nervioso central. En R. Martínez. (Ed.), *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (pp. 1215-1218). México: El Manual Moderno.
- Álvarez, A.M., Márquez, C., Gasch, A., Alfaro, J., Tasara, O., Delis, A., Quiroga, E. y Vázquez, Ch. (2002). El cáncer en la infancia. Atención integral. En I. Gómez de Terreros, F. García y M. Gómez. (Ed.), *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 843-873). Granada, España: Alhulia, D.L.
- Barkmann, C., Siem, A.K., Wessolowski, N. y Schulte-Markwort, M. (2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics*, 13.
- Barra, E. (2004). Influencia del estado emocional en la salud física. En L. Oblitas (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria* (pp. 155-164). Bogotá: PSICOM.
- Bastida Susinos, J. (2017). *Estudio de casos: el humor como método terapéutico de curación en niños oncológicos de larga duración y sus familias* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Burgos, España.
- Bayo, R, Insa, M. D., Perreras, J. y Vaue, S. (1994): El Aprendizaje y escuela en hospital. *Cuadernos de Pedagogía*, 222, 58-61.
- Baysinger, M.; Heiney, S.; Creed, J., y Ettinger, R. (1993): A trajectory Approach for Education of the Child/Adolescent with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10(4), 133-138. Doi: <https://doi.org/10.1177/104345429301000403>
- Bisquerra, R. (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Declée de Brouwer.
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2012). Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. *Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España*, 16, 1-11.
- Boletín Oficial de Aragón (BOA) N° 150. Decreto 135/2014 de 29 de julio, Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, Aragón, España, 1 de agosto de 2014.
- Boletín Oficial de Aragón (BOA) N° 152. Orden del 30 de julio de 2014, Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, Aragón, España, 5 de agosto de 2014.
- Bossert, M. (1994). Factors influencing the coping of hospitalized school age children. *Journal of Pediatric Nursing*, 9, 299-306.

- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., y Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8).
- Camuñas, A. (2009). El teatro clown en el entorno sanitario. *Index de Enfermería*, 18(1), 63-65.
- CantaJuego, [CantaJuegoVEVO]. (2010, Septiembre 13). La Canción de la Felicidad [Archivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=GYWfTacgt-g>.
- Carnero, A., Embade, N., Lacal, J.C. (1997). Tumores infantiles: bases genéticas y moleculares. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (207-220). Madrid, España: Ergon, D.L.
- Castro, E. K. y Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología en Estudio*, 12(1), 81-86.
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6(2-3), 285-290.
- Chávez, S. y Pérez, E. (2017). Rbdomiosarcoma. En R. Martínez. (Ed.), *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (pp. 1218-1222). México: El Manual Moderno.
- Corbatón, J. y Martínez, J.S. (1997). Diagnóstico por imagen en oncología pediátrica. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (221-236). Madrid, España: Ergon, D.L.
- Correa, L.C. (2017). Neuroblastoma. En R. Martínez. (Ed.), *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (pp. 1230-1234). México: El Manual Moderno.
- Councill, T. (2003). Medical art therapy with children. *Handbook of art therapy*, 207-219.
- Cuartero Martínez, J. (2007). Intervención psicológica con el niño enfermo de cáncer y su familia. En FEPNC (Ed.), *Psico-oncología pediátrica: valoración e intervención* (pp. 41-45). España: FEPNC.
- Deasy, P. (1993). School issues and the child with cancer. *Cancer*, 71(10), 3261-3264.
- Del Campo, P. (2013). La música en musicoterapia. *Brocar*. 37, 145-154.
- Díaz, M.A., Madero, L. y Muñoz, A. (1997). Trasplante de progenitores hematopoyéticos en hematooncología pediátrica. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (pp. 309-334). Madrid, España: Ergon, D.L.
- Dibar, E. (2011a). Leucemias. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1200-1205). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Dibar, E. (2011b). Linfomas no Hodgkin. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1207-1209). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Escribano Picazo, E. (2015). *Análisis de la formación del pedagogo hospitalario* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, España.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 1-17.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 85-108.
- Galindo Genzor, M. (2016). *Arteterapia como recurso educativo para niños hospitalizados en oncología pediátrica* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Zaragoza, España.
- García, F., Gallardo, V., Goya, P. y Vázquez, J. (2002). Aspectos históricos, definición y epidemiología de los problemas crónicos de la infancia. En I. Gómez de Terreros, F. García y M. Gómez. (Ed.), *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 31-43). Granada, España: Alhulia, D.L.
- Garrido, I. (2015). *La promoción de la resiliencia a través de la educación emocional en el aula de Infantil* (Trabajo de Fin de Grado). Universitat Jaume I, España.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. España: Ediciones Pirámide.
- Gómez de Terreros, I. y Gómez de Terreros, M. (2002). Hospitalización infantil. En I. Gómez de Terreros, F. García y M. Gómez. (Ed.), *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 155-181). Granada, España: Alhulia, D.L.
- Grau, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Aljibe.
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93.
- Guillén, M. y Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias: Atención escolar al niño enfermo*. Madrid: Narcea.
- Gutiez, P. (2013). *UCM. Pedagogía hospitalaria, cursos de formación al profesorado*. Recuperado de <http://es.slideshare.net/ftartera/2013-1-bloquei-29262514>
- Jay, S.M. (1985). Pain in children: An overview of psychological assessment and intervention. En A.R. Zeiner, D. Bendell y C.E. Walwer (Eds.), *Health Psychology. Treatment and Research Issues* (pp. 54-72). New York: Plenum Press.
- León, M. (2011). *Actuaciones educativas en instituciones Hospitalarias en Castilla y León: 1985-2010* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, España.
- Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos. BOE 1982.
- Linge, L. (2013). Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 18907.
- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

- Lourdes, M. y Mabel, L. (2004). Aspectos emocionales asociados a la hipertensión arterial. En L. Oblitas (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria* (pp.494-509). Bogotá PSICOM.
- Madero, L. y Merino, J.M. (1997). Quimioterapia del cáncer pediátrico. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (pp. 275-308). Madrid, España: Ergon, D.L.
- Makiya, M. (2011). Enfermedad de Hodgkin. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1205-1207). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Mariscal, I. (2017). Leucemias. En R. Martínez. (Ed.), *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (pp. 1190-1194). México: El Manual Moderno.
- Martín Martín, M.I. (2016). *Las emociones negativas de educación infantil en las aulas hospitalarias* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Granada, España.
- Martínez, N. (2011). El cuento como instrumento educativo. *Innovación y experiencias educativas*, 39, 1-8.
- Mateu, R., Flores, R., García-Renedo, M. y Gil, J.M. (2013). *La resiliencia y el duelo en contextos educativos*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Meisel, V., Chellew K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García-Bandas, G. (2009). El efecto de los “payasos de hospital” en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21(4), 604-609.
- Méndez, F.X. (2002). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J., Hidalgo, M.D., García-Fernández, J.M. y Quiles, M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: Un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 150-163.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., & Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Mora Fernández, M. (2014). *La Risoteràpia com a tècnica per alleugerir el dolor en les Cures Pal·liatives Pediàtriques al final de la vida del nen oncològic* (Trabajo de Fin de Grado). Universitat de Lleida, España.
- Muñoz, A. (1997). Introducción a la oncología pediátrica. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (197-206). Madrid, España: Ergon, D.L.
- Muñoz, M. D. (2011). Delimitación de los problemas epistemológicos en psicología de la salud. En Ricarte, J. J. (Coord.) *Psicología de la salud infantil* (pp. 10-50). Navarra: Ediciones Eunat.
- Navarro Montoya, M. E., y Nebot Monzonis, M. J. (2007). Necesidad de fomentar la normalización en el niño enfermo. En FEPNC (Ed.), *Psico-oncología pediátrica: valoración e intervención* (pp. 46 – 48). España: FEPNC.

- O'Byrne, K. K., Peterson, L. y Saldana, L. (1997). Survey of pediatric hospital's preparation programs: evicence of the impact of health psychology research. *Health Psychology*, 16, 147-154.
- Orden del 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Orgilés, M., López-Roig, S., Espada, J.P, Méndez, X. (2006). Tratamiento psicológico del dolor en el cáncer infantil. *Fisioterapia*, 28(5), 270-277.
- Ortega, E., Esteban, L., Estévez, A. F., y Alonso, D. (2015). Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 145-168.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (2000). *Hospitalización infantil, repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Osorio, M., Bazán, G.E., Paredes, P. y Osorio, M. (2004). Influencia del juego en la adherencia terapéutica de niños con leucemia. En L. Oblitas (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria* (pp. 340-354). Bogotá: PSICOM.
- Pérez, M. (2015). Musicoterapia y Arteterapia. Puntos de encuentro en el camino terapéutico. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusion social*, 10, 165-174.
- Pérez-Hurtado, J.M. y González, N. (2002). Leucemia linfoblástica aguda en el niño. En I. Gómez de terreros, F. García y M. Gómez. (Ed.), *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 31-43). Granada, España: Alhulia, D.L.
- Portolés Soler, C., Grau Rubio, C., y Arribas Lacruz, L. (2017). Las unidades pedagógicas hospitalarias en la comunidad valenciana: estudio de un caso. *Aula: Pedagogía Hospitalaria*, 23(1), 71-89. Doi: <http://dx.doi.org/10.14201/aula201723>
- Quesada, A.B., Justicia, M.D., Romero, M. y García, M.T. (2014). La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 569-576.
- Ramos, N.S. y Hernández, S. (2008). Inteligencia emocional y mindfulness: hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 24, 135-146.
- RD 299/1996 de 28 de febrero. Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación.
- RD 696/1995 de 28 de abril. Real Decreto de Ordenación de la Educación de alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
- Rey, G. (2011a). Neuroblastoma simpático. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1214-1216). Buenos Aires: Ediciones Journal.

- Rey, G. (2011b). Retinoblastoma. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1216-1217). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Rey, G. (2011c). Tumor de Wilms. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1217-1218). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Rey, G. (2011d). Tumores sólidos. En L.E. Voyer. (Ed.), *Pediatría. Tomo II* (pp. 1211-1214). Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Ricarte, J.J. (2011). Concepto de salud y enfermedad. En Ricarte, J.J. (Coord.) *Psicología de la salud infantil* (51-68). Navarra: Ediciones Eunate.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 323-356.
- Serradas, M., Ortiz, M. C., y Jiménez, M. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 20(1), 243-258.
- Strachan, R.G. (1993). Emotional responses to paediatric hospitalisation. *Nursing times*, 89(46), 45-49.
- Tovar, J.A. (1997). Cirugía del cáncer en el niño. En L. Madero y A. Muñoz (Ed.), *Hematología y oncología pediátricas* (pp. 237-244). Madrid, España: Ergon, D.L
- Vázquez, J.L. (2017). Linfomas. En R. Martínez. (Ed.), *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (pp. 1195-1200). México: El Manual Moderno.