



**Universidad**  
Zaragoza

**Trabajo Fin de Grado**  
**Magisterio en Educación Infantil**

**El desarrollo de la autoestima en la hospitalización infantil**

**The development of self-esteem in hospitalization of children**

Autor/es

Alba Candalija Querol

Director/es

Leticia Mosteo Chagoyen

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

2020/2021

## Resumen

La autoestima se considera un elemento emocional esencial para poder afrontar situaciones complicadas que se presentan en la vida. La hospitalización infantil influye en la autoestima, tanto negativa como positivamente. Negativa porque el aspecto que la genera es la enfermedad y el distanciamiento de su vida cotidiana, y positiva porque a través de la resiliencia se puede salir fortalecido de la misma. Por tanto, es imprescindible trabajar la autoestima en el hospital para así poder fomentar la resiliencia.

Trabajar la autoestima tiene múltiples beneficios, puesto que ayuda a los niños y las niñas a mejorar la salud mental y la autoconfianza. A través esta propuesta de intervención educativa se pretende aumentar la autoestima en el aula hospitalaria, mediante la mejora del autoconcepto en distintas sesiones en las que la interacción social fomenta la valoración positiva que cada niño y niña tiene de sí mismo.

**Palabras clave:** Autoestima, autoconcepto, resiliencia, hospitalización, optimismo, enfermedad.

## Abstract

Self-esteem is considered an essential emotional element to be able to face complicated situations that arise in life. Hospitalization in children influences self-esteem, both negatively and positively. Negative because the aspect that generates it is the disease and the distance from their daily life, and positive because through resilience can come out strengthened from it. Therefore, it is essential to work on self-esteem in the hospital in order to build resilience.

Working on self-esteem has multiple benefits, as it helps the child improve mental health and self-confidence. The educational intervention proposal aims to increase self-esteem in the hospital classroom by improving self-concept in different sessions in which social interaction promotes the positive assessment that each child has of himself or herself.

**Keywords:** Self-esteem, self-concept, resilience, hospitalization, optimism, disease.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. ¿Qué es la autoestima? ¿Y el autoconcepto?.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2. Desarrollo de la autoestima a través de la resiliencia.....</b>	<b>10</b>
<b>4.3. El aprendizaje cooperativo en la autoestima.....</b>	<b>12</b>
<b>4.4. El optimismo y el humor.....</b>	<b>14</b>
<b>4.5. Hospitalización infantil.....</b>	<b>18</b>
<b>4.6. Repercusiones psicológicas de la hospitalización infantil.....</b>	<b>23</b>
<b>4.7. Adaptación del niño y la familia a la hospitalización y la enfermedad.....</b>	<b>24</b>
<b>4.8. La autoestima y la inteligencia emocional en la hospitalización.....</b>	<b>28</b>
<b>4.9. Pedagogía hospitalaria.....</b>	<b>29</b>
<b>5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DIDÁCTICA.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1. Temporalización.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2. Metodología.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3. Desarrollo de las sesiones.....</b>	<b>33</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>49</b>

## 1. Introducción

El presente Trabajo de Fin de Grado se desarrolla en dos partes: en la primera se encuentra una documentación teórica sobre varios aspectos relacionados con la autoestima y la hospitalización, y en la segunda se expone una propuesta didáctica de ocho sesiones en las que se trabaja el desarrollo de la autoestima en la hospitalización. Estas sesiones se recomienda realizarlas dos veces por semana, es decir, un mes en total ya que si es muy extenso el periodo de desarrollo de las sesiones con determinados niños no se puede llegar a completar, ya sea por la propia enfermedad o porque reciben el alta hospitalaria.

En la parte teórica se han investigado autores, fuentes de información y leyes correspondientes que hablan sobre la autoestima en la hospitalización. En el ámbito hospitalario, al igual que en muchos otros ámbitos, el autoconcepto y la autoestima son de gran importancia y la valoración que tengan los niños y las niñas sobre sí mismos condicionan sus relaciones con los demás y su equilibrio físico y emocional. Por tanto, “es necesaria la intervención psicopedagógica para estimular la autoestima en todos los niveles educativos” (Cava y Musitu, 1999; Ramírez, Duarte y Muñoz, 2005; Valdés, 2001, pp. 369-383).

Es imprescindible destacar la relación entre la autoestima, la resiliencia y el humor. Por lo que se desarrolla específicamente en la parte teórica cómo influyen todas ellas en la hospitalización infantil. También la importancia y el peso que tienen las familias en la autoestima del niño o niña hospitalizado.

Finalmente, se establecerán unas conclusiones, las limitaciones que se han encontrado a medida que se ha realizado el trabajo, así como posibles futuras líneas de investigación que puedan enriquecer el presente estudio.

## 2. Justificación

Los seres humanos creamos una valoración propia en la cual nos sentimos y nos percibimos a nosotros mismos de forma consciente e inconsciente. A esta valoración la denominamos autoestima y cambia a través de nuestra experiencia a lo largo de la vida.

Esta creencia puede ser racional o irracional. En el momento que es racional nuestro comportamiento es positivo hacia el entorno y también hacia nosotros mismos, en cambio, si la autoestima es irracional es completamente lo contrario ya que los pensamientos son negativos y repercuten a las emociones que sentimos y todas las connotaciones que esta situación conlleva son negativas.

Al tener una autoestima baja, guiada por pensamientos irrationales, afecta a nuestra salud tanto psíquica como fisiológica desarrollando síntomas de malestar en todos los niveles. Por tanto, debemos aceptarnos tal y como somos, con nuestras fortalezas y debilidades, con nuestros más y nuestros menos, etc. Si no nos aceptamos no podemos llegar a conseguir la felicidad plena tanto en nuestra vida cotidiana como en nuestra salud.

De esta forma, este término es definido como “un sentimiento de confianza en sí mismo, de poder analizar, pensar y es la capacidad que se tiene para poder lograr los objetivos propuestos, para así poder vencer todo tipo de obstáculos que se nos pueda presentar en nuestras vidas. Es el sentimiento de ser felices, valorados, respetables y dignos de poder mostrar tal cual somos con nuestras necesidades y carencias” (Branden, 1995).

Con respecto a la autoestima en el hospital, los niños precisan de la estancia hospitalaria para mejorar su salud, por lo que es una situación que no pueden elegir. Esta situación les provoca cambios en la autoestima ya que se exponen a un entorno distinto al habitual y a situaciones estresantes.

“Ciertos aspectos del ambiente hospitalario pueden evocar fuertes reacciones emocionales en los pacientes, afectando a sus estados de salud de forma positiva o negativa, pero debido a que son inherentes a la atmósfera del hospital, se tiende a pasarlos por alto” (Frank, 1988, pp.45-54).

La incidencia estimada de problemas emocionales como resultado de la experiencia en el hospital varía de 10% a 30% para trastornos psicológicos severos, y hasta un 90% para los cuadros más leves (Rokach, 2016).

La hospitalización también puede llevar a una etapa de regresión y aumento de calidad de vida relacionada con la salud. La dependencia, y repercutir sobre la autoestima cuando los pacientes la experimentan como un indicador de mala suerte. Síntomas de depresión y ansiedad han sido percibidos frecuentemente en estos niños, al igual que conductas desadaptadas, mientras permanecen en el hospital como cuando ya han recibido alta clínico (Lizasoáin & Polaino-Lorente, 1992).

El niño hospitalizado tiende a una baja autoestima por la situación en la que se encuentra. Necesita que la experiencia hospitalaria sea constructiva y salir fortalecido de la misma, por ello precisa de los cuidados y atención hospitalarios adecuados, del juego, de la educación y de la familia.

Mediante la educación de la autoestima en el hospital, se fomenta la resiliencia del niño y la autoestima aumenta basándose en creencias racionales, disminuyendo los síntomas físicos y psicológicos que producen una autoestima baja.

Con esta propuesta de intervención, basada en diferentes actividades relacionadas con la autoestima, se pretende dotar a los niños hospitalizados de infantil de las habilidades y los recursos necesarios para poder afrontar las situaciones estresantes de la mejor manera posible y, sobre todo aumentar la autoestima que es la clave de las emociones que siente el niño/a en toda la estancia hospitalaria.

Este tema ha sido elegido fundamentalmente porque a la autoestima, en muchas ocasiones, no se le da la importancia suficiente tanto en la vida cotidiana como en el entorno hospitalario. En el hospital, la enfermedad y los cuidados del paciente relacionados con la misma es el aspecto principal que se desempeña. En consecuencia, la autoestima junto con las emociones y sentimientos del paciente son menos relevantes. Pero no es así, ya que una alta autoestima ayuda a mejorar la enfermedad y el niño siente mayor “valentía” ante las situaciones estresantes que se le presentan. Por todos estos motivos, es relevante educar en la autoestima en la hospitalización infantil.

### **3. Objetivos**

En el presente apartado se van a desarrollar los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado, diferenciando por un lado el objetivo principal y por el otro los objetivos específicos.

El objetivo principal es el siguiente:

- Fomentar la autoestima en niños hospitalizados de infantil mejorando la gestión de sus emociones y sentimientos.

Los objetivos específicos son:

- Diferenciar los conceptos de autoestima y autoconcepto.
- Conocer las distintas metodologías que ayudan a la mejora de la autoestima.
- Mostrar la necesidad de fomentar la autoestima y la salud mental en la hospitalización.
- Desarrollar una propuesta didáctica en la que se fomenta el desarrollo de la autoestima en la hospitalización.

#### 4. Marco teórico

##### 4.1. ¿Qué es la autoestima? ¿Y el autoconcepto?

La **autoestima** es tener la certeza interior de valer, es decir, de saber que eres único y también de conocer que no solamente poseemos capacidades, sino que también limitaciones. Normalmente, según los diferentes roles que desempeñamos en nuestra vida tenemos un juicio u otro de nosotros mismos. Los niños a través del modelado de los padres y educadores crean la imagen que tienen de ellos mismos.

El currículo expresa (O. ECD 1085/2008 de 28 de marzo) “La imagen de sí mismo que cada niño y niña van construyendo es, en gran parte, una interiorización de las expectativas que les muestran las personas adultas que los rodean y de la confianza que en ellas depositan” (p. 4950).

Seligman (1999) señala la siguiente fórmula sobre la autoestima: Autoestima=Éxito/Pretensiones. De esta forma se unen dos niveles de función psicológica: la autoestima como sentimiento y los sentimientos atados al éxito en el ambiente que nos rodea. Existe una tensión entre estos niveles, sentirse bien y hacer las cosas bien.

Sentirse bien se relaciona con nuestro derecho a ser felices y cumplir nuestros deseos, hacerlo bien significa en confiar en nuestra capacidad de pensar y hacer frente a los desafíos que se nos ponen delante en la vida.

No se puede pretender tener una alta autoestima si no nos enfrentamos realmente con el mundo que nos rodea, es decir, si nos encontramos en una burbuja jamás podremos ver lo que hay fuera. Sentirse bien sin hacer las cosas bien no nos sirve de nada.

Rosenberg (1986) afirma que una baja autoestima suele asociarse a alteraciones psicológicas, tendencia a la tristeza y a la depresión y estados afectivos negativos como la irritabilidad, la agresión, nivel de satisfacción personal y ansiedad. (p.107)

Una buena autoestima en un niño presenta las siguientes características:

- Creerse capaz de realizar las tareas.
- Sentirse a gusto con el mismo y con los demás.
- Sentirse digno del amor de su familia.

- Estar conforme con su sexo y sobre todo mantener sus necesidades físicas y emocionales cubiertas.

Conforme la vida va pasando, la autoestima se va construyendo. Tanto las experiencias agradables como las frustraciones son esenciales para el desarrollo de la autoestima del pequeño.

Burns (1998) define el **autoconcepto** como el conjunto de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, y distingue en esa actitud tres componentes: el cognoscitivo, que es la representación mental, la autoimagen; el afectivo y evaluativo, autoestima; y el comportamental, la motivación, los procesos de autorregulación de la conducta.

A medida que la persona va creciendo, se va conociendo y va construyendo un concepto de sí mismo a través de sus comportamientos, su imagen, sus aptitudes y su propio afecto. Pero el ambiente y las personas que le rodean también influyen en la creación de este concepto. Los datos que aportan terceras personas sobre nosotros mismos son la base de la formación y la creación de sentimientos que desarrollaran el autoconcepto.

Varios estudios afirman que, si el autoconcepto aumenta, el rendimiento académico también. Los niños/as que tienen un autoconcepto positivo su creatividad es mayor y su ansiedad es menor, son personas más extrovertidas y espontáneas que aquellos cuyo autoconcepto es negativo.

Los niños que desarrollan un autoconcepto positivo serán mucho más confiados consigo mismos, creerán que son capaces de afrontar situaciones difíciles y sobre todo expresarán sus emociones y sentimientos con soltura, sin miedo a posibles críticas. Sentirán libertad y motivación para afrontar las posibles dificultades que se les presenten en la vida y ese sentimiento será enriquecedor para las personas que les rodean.

Entre la abundante literatura científica disponible sobre el término autoconcepto hay una tendencia generalizada a emplear los diferentes vocablos referidos al *self-concept* sin hacer distinción entre términos tales como autoestima, autoimagen, autopercepción, autoconciencia, etc., los cuales se consideran sinónimos de autoconcepto. Dichos términos, aunque estrechamente relacionados, no son idénticos. Todos son aspectos o

dimensiones de un constructo que los engloba: el autoconcepto (Polaino-Lorente, 1988, pp.29-52)

La autoestima y el autoconcepto, en muchas ocasiones, suelen emplearse como sinónimos en cuanto al conocimiento que tiene el ser humano de sí mismo. La delimitación entre ambos conceptos es visible, pero sí que hay diferencias teóricas y prácticas.

El autoconcepto son autodescripciones abstractas a diferencia de la autoestima que requiere juicios de valor por el resto. Es decir, la persona se valora a sí misma según su propia experiencia, estas cualidades pueden sentirse o positivas o negativas.

En el momento en el que un sujeto se valora, siempre se valora en base a sus experiencias previas positivas o negativas. De esta forma, sabemos que una persona que su conducta es buena posee un alto autoconcepto. Mientras, las personas con un bajo autoconcepto tienden al fracaso o han sido valoradas negativamente anteriormente.

Las personas con una alta autoestima son tolerantes a la frustración, tienen confianza en sí mismos, etc. En cambio, las personas con baja autoestima se responsabilizan más de sus fracasos que de sus éxitos. La preocupación que sienten por lo que los demás piensen de ellos es mayor, por lo que tienen mayor ansiedad social y son más vulnerables a las críticas tanto negativas como positivas.

#### **4.2. Desarrollo de la autoestima a través de la resiliencia**

La resiliencia es una capacidad positiva de las personas para poder resistir y aguantar las situaciones más terribles que pueda soportar el ser humano. Es una capacidad que todos tenemos para poder afrontar la adversidad y no venirnos abajo, creando los recursos necesarios para salir incluso fortalecidos.

Santos (2013) define la resiliencia como una actitud vital positiva a pesar de las circunstancias difíciles por las que atraviesa una persona, y representa el lado positivo de la salud mental. Consiste también en saber aprender de la derrota y transformarla en oportunidad de desarrollo personal.

Ser una persona resiliente no significa que haya una ausencia de malestar, dolor emocional o dificultad ante las adversidades. Las personas logran, sobreponerse a esas situaciones y adaptarse a lo largo del tiempo.

“El camino que lleva a la resiliencia implica enfrentarse a factores estresantes y a malestares emocionales, de esta forma las personas sacan la fuerza que les permite seguir con sus vidas frente a la adversidad, lo cual implica una serie de conductas y formas de pensar que los seres humanos aprenden a desarrollar” (Muñoz, 2016).

La parte neurológica de la ciencia es esencial para investigar sobre la resiliencia ya que es la parte científica que explica como el cerebro puede ser flexible y adaptarse a los cambios que pueden surgir a través de la plasticidad neuronal, lo cual permite al ser humano visualizar el futuro a partir de una perspectiva positiva y superar situaciones en las que parece no existir salida. En este sentido, el desarrollo de resiliencia es una oportunidad para superar los retos del día a día y estar preparado ante esos acontecimientos traumáticos de la cotidianidad de toda persona.

Para trabajar la resiliencia a partir del autoconocimiento de capacidades y vulnerabilidad que cada persona posee, se establece una escala que se basa en diez dimensiones y conceptos. Estos diez pilares, según Santos (2013) son:

1. Introspección: capacidad de observarse, conocerse a sí mismo y darse una respuesta honesta en relación al mundo exterior.
2. Motivación esencial: capacidad de darle sentido a la vida creando su propio proyecto transcendente.
3. Autorregulación emocional: capacidad de afrontar tensiones sin victimismo como parte de la vida, debilitando la respuesta al estrés.
4. Independencia y autonomía emocional: capacidad de mantener distancia emocional y física ante los conflictos sin caer en el aislamiento. Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas.
5. Confianza en sí mismo y en sus propios recursos: adecuada autoestima, iniciativa y responsabilidad para lograr autonomía personal.
6. Capacidad de relacionarse: habilidad para establecer vínculos afectivos con otras personas creando relaciones saludables. Equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de ayudar a otros.
7. Actitud positiva y optimismo: capacidad para resolver problemas de forma creativa, desdramatizando.

8. Sentido del humor y creatividad: para resolver problemas relativizando y sabiendo encontrar lo cómico en la propia tragedia.
9. Colaboración y compromiso: capacidad de comprometerse con valores y ayudar a otros.
10. Moralidad, ética y coherencia: mantener una unidad de vida entre lo que se dice y lo que se hace fundada en criterios sólidos.

Los factores que predicen la felicidad suelen ser los siguientes:

1. Tener una alta autoestima.
  2. Ser resilientes y optimistas.
  3. Tener buenas amistades.
  4. Saber manejar la resiliencia.
  5. Tener buen uso del tiempo libre.
  6. Hacer ejercicio y dormir bien.
- De esta forma, llegamos a que el humor, la risa, la alegría y la salud están relacionados.

M. Waldoks decía “el sentido del humor puede ayudarnos a tolerar lo desgradable, a superar lo inesperado e, incluso, a sonreír en medio de los insoportable”.

#### **4.3. El aprendizaje cooperativo en la autoestima**

El aprendizaje cooperativo se basa en que los alumnos tienen que alcanzar unos objetivos de forma conjunta, de forma que cada uno de ellos solo puede alcanzar su objetivo si el resto lo alcanza también. Es decir, existe una relación positiva entre los éxitos de los alumnos que constituyen un mismo grupo.

Para que un aprendizaje sea cooperativo debe haber unos elementos mínimos, que son los siguientes (Ovejero, 1990):

- Interdependencia positiva entre los miembros del grupo: se necesitan unos a otros para completar la tarea. Para que se pueda cumplir la meta se requerirá el trabajo de todos los que conforman el grupo y la coordinación a la hora de realizar las acciones. De esta forma, los estudiantes se interesan del rendimiento de todos los miembros del grupo, no solo del suyo, es decir, se preocupan también por el resto.
- Responsabilidad individual: cada miembro del grupo debe realizar contribuciones propias al grupo y deben realizar una aportación para el resultado final, de esta forma se ofrece un *feedback* entre los compañeros.
- Habilidades cooperativas: en el desarrollo de las tareas cooperativas, los niños ponen en práctica habilidades de cooperación.

- Interacción cara a cara: los niños deben interactuar entre ellos mientras trabajan.

Hay muchos estudios que dicen que los efectos cognitivos, afectivos y sociales del aprendizaje cooperativo son muy amplios, entre ellos, se destacan:

- Mejora de la autoestima: los niños que realizan tareas cooperativas aceptan mejor a los demás, y también se sienten mucho más aceptados ellos mismos dentro del grupo. La autoestima aumenta porque existe una mejor integración del niño en el grupo, y además también aumentan las probabilidades de éxito académico.
- Mayor número de conductas de cooperación y altruistas: si trabajan juntos, los niños tienden a manejar mejor los conflictos y a adquirir estrategias para sobrellevarlos de la mejor forma posible.
- Incremento de interés por sus compañeros: potencia la aceptación entre iguales.
- Desarrollo de actitudes más favorables hacia el aprendizaje y también hacia la escuela.
- Mejora de lo personal y lo social: el saber construir una relación cooperativa potencia la salud y la autoestima que están directamente relacionadas.
- Incremento del rendimiento académico.

Como podemos ver, son muchos los efectos positivos del aprendizaje cooperativo. Este aprendizaje debe ser esencial en el aula y, sobre todo, relacionándolo con el tema que estamos tratando que es la autoestima está estrechamente unido. Cuanto mayor sea el aprendizaje cooperativo, mayor será la autoestima. En esta edad, es importante la relación con los demás y si esa relación con los compañeros posee unos pilares sólidos, la autoestima del niño aumentará progresivamente y cada día más. Por lo que tanto en el aula hospitalaria como en el aula escolar debemos potenciar este aprendizaje.

Las ciencias biomédicas y sociales, antiguamente, no daban la suficiente importancia a las emociones positivas del ser humano. Pero la alegría, felicidad, optimismo, resiliencia, etc. son compañeros de viaje. En los últimos años, las ciencias han cambiado y también se han focalizado en este tema, de esta forma la alegría, el optimismo y la resiliencia han pasado a ser investigadas por varias disciplinas, como la enfermería, psicología, antropología, la biología y la medicina.

#### 4.4. El optimismo y el humor

Seligman es un psicólogo, educador y escritor estadounidense que desarrolló teorías sobre la indefensión aprendida, el optimismo aprendido y fue precursor de la psicología positiva. Este autor describe como a finales de 1970 algunas personas se desaniman ante los problemas y otras resisten fuertemente a ellos. Explicaba que las personas pesimistas son incapaces de enfrentarse a la depresión o tienen muchas dificultades. Por ello, se plantea trabajar el optimismo, que conlleva a un mejor afrontamiento de los problemas y a poder salir fortalecido de ellos.

En el niño, el pesimismo le coloca en un riesgo de depresión futura. En el momento en el que la depresión comienza es parecido a un círculo vicioso, porque la depresión anterior aumenta el factor de riesgo de una depresión futura (Seligman, 1999).

Seligman (1999) no se cree a esas personas que viven en un estado de optimismo y felicidad constante, pero tampoco piensa que es lógico vivir en un estado de desanimo y pesimismo constante. Este autor piensa que lo correcto es un optimismo realista, aprendido y positivo que sea capaz de afrontar las situaciones difíciles de la mejor forma posible. Seligman dice que el optimismo es cómo las personas definen sus éxitos y fracasos, es decir, la forma en que los describen.

Seligman (1999) desarrolla tres dimensiones para explicar porque ocurre un determinado acontecimiento positivo o negativo: duración, alcance y personalización:

- Duración: Los niños que afrontan los problemas de forma positiva piensan que estos acontecimientos son temporales, en cambio, los niños pesimistas piensan que estas situaciones ocurren por su personalidad y sus propios defectos, se achacan los problemas a sí mismos.
- Alcance: Los buenos acontecimientos para los niños optimistas piensan que se extenderán a muchas más situaciones, pero los niños pesimistas pensarán que son momentáneos, y al revés los malos acontecimientos para los niños optimistas serán pasajeros y para los niños pesimistas se desarrollarán otras veces.
- Personalización: Esta dimensión desarrolla el pensamiento de quién es el responsable de lo ocurrido, sí uno mismo, el resto o las circunstancias del momento.

Los investigadores afirman que existen varias formas de afrontamiento de los problemas: afrontamiento focalizado al problema, afrontamiento focalizado a las emociones y afrontamiento de evitación.

El afrontamiento focalizado al problema pretende modificar la causa que provoca el estrés, el afrontamiento focalizado a las emociones implica esforzarse en suprimir los sentimientos negativos creados por la situación estresante y el último que es el afrontamiento por evitación intenta evitar el problema ignorándolo o no pensando en él, distrajéndose con otras actividades.

El **humor** es un potenciador de la risa: juegos, bromas, chistes, viñetas, situaciones embarazosas, inocentadas, etc. No se sabe específicamente qué es lo que provoca la risa, pero si una persona ríe es porque “algo” le ha hecho reírse, ese “algo” sería el humor. El humor es una forma de ver y sentir el mundo y nos permite sentir felicidad frente a las adversidades que nos podamos encontrar.

El optimismo y el humor son actitudes diferentes pero que existe una estrecha relación entre ellas. Las dos desarrollan en la persona emociones positivas y disminuyen las negativas, pero al ser actitudes distintas también se desenvuelven en la persona de forma diferente. Una persona optimista ve el futuro con esperanza y piensa en la parte positiva de los acontecimientos que le suceden, en cambio, una persona que posee humor, mediante la risa afronta sus problemas.

Proyer (2014) manifiesta que el sentido del humor es un rasgo positivo de la personalidad que contribuye considerables beneficios psicológicos, físicos y sociales; y que a su vez puede afectar en cualquier circunstancia de la vida cotidiana, ya sea de forma grupal o individual.

Greengross (2013) afirma que el sentido del humor afecta generalmente de manera positiva al bienestar emocional, beneficia los estados de ánimo positivos, asimismo potencia las relaciones interpersonales como también puede contribuir a enfrentar situaciones adversas.

Lynch (2010) menciona que el sentido del humor se ha vinculado con la salud física y mental, con los rasgos de la personalidad positiva, asimismo con la aptitud creativa y comunicativa, también se ha visto relacionada con la capacidad organizativa y resolutiva, como también se ha evidenciado cierta conexión con el estrés.

El concepto de “humor” está englobado por varias dimensiones: cognitivas, comportamentales, afectivas y sociales. Por eso el grupo de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid desarrolló la teoría del “modelo multidimensional”.

Algunos autores como Carbelo (2006) establecen tres dimensiones para esta teoría: competencia o habilidad personal para utilizar el humor, humor como mecanismo de control de la situación y valoración social y actitudes sobre el humor (pp.18-30).

Existe una técnica de la risoterapia que se desarrolla en tres partes:

1. Terapia sonriente: intenta que el paciente tenga una sonrisa simple, templada y relajada, hace que la persona se relaje y afronte de forma positiva los estímulos negativos externos.
2. Risoterapia: se busca una risa auténtica, que nazca del interior, y de esta forma la persona se pueda reír “con ganas”, para ello se utilizan chistes de todo tipo, videos graciosos, etc.
3. Práctica: después de realizar la risoterapia se hacen ejercicios de relajación, para relajar el cuerpo después de los ataques de risa y encontrar un equilibrio emocional.

Organizaciones y organismos sanitarios en pro del humor se dedican a la risoterapia. Los beneficios de la risoterapia son los siguientes:

- ✓ Ejercitación de músculos: la risa hace que se muevan casi 400 músculos de nuestro cuerpo.
- ✓ Relajación muscular: en las cervicales y en la columna vertebral, dónde hay mayor tensión acumulada, y así poder dormir mejor.
- ✓ Activación del diafragma: se ejercita el diafragma y ayuda a mejorar la respiración.
- ✓ Oxigenación de los pulmones: entra el doble de aire en los pulmones.
- ✓ Mejora de la circulación de la sangre: como la sangre está más oxigenada, fluye mejor y el corazón se fortalece.
- ✓ Mejora el estado de ánimo: se consigue un mayor estado de felicidad.
- ✓ Reducción del estrés y de la ansiedad: se deja a un lado la tristeza y las preocupaciones del día a día.
- ✓ Aumento de la esperanza de vida: si estás más feliz, se afrontan las enfermedades y se tiene más ganas de vivir.

En 1988 nació la Asociación Americana para el Humor Terapéutico (AATH). Es una organización sin fines de lucro dedicada al estudio y la aplicación del humor para lograr un cambio positivo, cuyos miembros son PS que tienen la seguridad del poder curativo de la risa, definiendo el Humor Terapéutico como “cualquier intervención que promueva la salud y el bienestar estimulando el descubrimiento alegre, la apreciación o expresión de lo absurdo o lo incongruente de las situaciones de la vida”.

También existe una Sociedad Internacional de Estudios sobre el Humor (ISHS: *The International Society for Humor Studies*), con miembros de todas las naciones y disciplinas que patrocina el International Journal of Humor Research y organiza una Conferencia Anual Internacional. En España, se subrayan la ONG Payasos sin Frontera en la que se dedican a llevar sonrisas a niños en conflicto bélico y La Sonrisa Médica que es una asociación sin ánimo de lucro, pionera en España en el ámbito de acompañamiento de payasos en el hospital y declarada de utilidad pública por el Ministerio del Interior en 2004. Esta asociación nos la encontramos en hospitales de Baleares como: Hospital Universitario Son Espases, Hospital Universitario Son Llatzer, Fundación Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca, Hospital General Mateu Orfila y Hospital Can Misses. Otras asociaciones españolas de este tipo son: Fundación Teodora y Pallasos dhospital que mejoran el bienestar tanto de los niños hospitalizados como de sus familias.

Se destacan programas de intervención muy actualizados, en los que el objetivo es reducir el estrés en la hospitalización mediante el optimismo y el humor. Por ejemplo, se realizan pequeños cambios significativos como cambiar la decoración del ambiente hospitalario, contar con asociaciones de payasos que prestan ayuda en el hospital, *clowns*, para olvidarse de las situaciones estresantes tanto a los niños como a las familias.

En el Hospital de Burgos nos encontramos con un programa llevado a cabo en la sección de pediatría para los niños afectados por procesos oncológicos para niños de entre 5 y 8 años, en el que se afirma que la presencia de payasos, a través del sentido del humor, mejora la calidad de vida y el bienestar de los niños/as enfermos y de las familias.

Hay que destacar la labor de las enfermeras/os y de los médicos/as de Atención Primaria que son los líderes de la inclusión del humor en el campo asistencial del paciente. De ahí surge “el Manual del Humor Sanitario” escrito por la profesora de enfermería Vera Robinson. Los profesionales de enfermería ejercen una labor impresionante con los pacientes y por ellos algunos casos salen exitosos.

El optimismo inteligente es un estado de ánimo que permanece en el tiempo. Su función consiste en dotar de emociones, sentimientos y estados de ánimo que aparecen de la relación del individuo consigo mismo y con el medio que le rodea para que la persona sea crítica positivamente hacia las experiencias tanto depresivas como alegres que experimente a lo largo de su vida. Accede a una mejor adaptación a todo lo que nos rodea, mejora las relaciones interpersonales y ayuda a superar el dolor físico y psíquico.

Desde el aula, se realizan distintas acciones para dotar de positivismo a los niños desde el momento en el que acuden al colegio. Estas acciones consisten en afrontar los problemas facilitando experiencias en las que puedan adoptar control sobre ellas y aumentar su autoconfianza. El desarrollo del aprendizaje y del niño depende de los conocimientos que éstos poseen sobre las estrategias que utilizan, sobre las fortalezas y las debilidades en el aprendizaje (Labatut, 2012, pp.21-29).

**¿Cómo podemos potenciar el positivismo en la infancia?** La principal herramienta es el juego, en el que el niño/a puede tomar sus propias decisiones y generar esa autoconfianza que le permitirá desarrollar emociones positivas, porque en el resto de las actividades el adulto influye en las decisiones que se deben tomar. Para que el niño/a tome sus propias decisiones desde un principio en el juego debe elegir él mismo a qué jugar. Los rincones es una actividad lúdica que potencia la toma de decisiones del pequeño/a. Además, los rincones permiten que el niño/a experimente situaciones y adopten roles distintos que en la realidad no pueden adoptar, de esta forma se fomenta la resiliencia. “El juego es la base del desarrollo del aprendizaje, el niño/a observa su entorno, lo va asimilando según sus capacidades, y a través del juego va interpretando y acomodando lo observado” (Cemades, 2008, pp. 7-20). El juego es la oportunidad perfecta para dejar ser al niño/a él mismo.

#### **4.5. Hospitalización infantil**

La enfermedad es un cambio en nuestro cuerpo tanto a nivel físico como psicológico, las causas suelen ser conocidas y se manifiesta a través de síntomas y signos de alerta. De manera que, el hospital es el lugar donde acuden las personas que padecen síntomas desarrollados por algún malestar que mantiene al sujeto en desequilibrio, y que provocará molestias de tipo emocional.

La enfermedad al realizar un cambio en la fisiología del enfermo provoca un cambio en su vida cotidiana, como en la de las personas de su alrededor, ya que deben adaptarse a los cambios que ha producido la enfermedad. La familia del paciente experimenta sensaciones de frustración y angustia y es todo un desafío para el contexto familiar, desarrollando vulnerabilidad y dolor si se trata de un hijo/a o un parente/madre y puede acentuar problemas ya existentes.

La enfermedad está acompañada de cambios físicos y psíquicos que alteran la existencia de la persona y la de su entorno, a medio y a largo plazo. Cuando el diagnóstico y el tratamiento hacen que la hospitalización sea inevitable, la situación adquiere una nueva dimensión. El ingreso hospitalario, consecuencia de la ruptura del bienestar físico, también hace mella en el estado psíquico. El sentimiento que produce la enfermedad crea en el individuo una separación constante entre sí mismo y el mundo que le rodea.

La atención sanitaria se desarrolla de forma que la atención al paciente sea individualizada y conocer de forma integral todos los aspectos de ésta. Por lo que es mejor conocer cómo es el enfermo que tiene la enfermedad que conocer la enfermedad que tiene el enfermo.

Desde hace años se intenta que la hospitalización del niño se la última opción que se emplee en el niño enfermo, ya que se debe separar al niño de su entorno y adentrarlo en otro totalmente desconocido, donde la enfermedad, y todo lo relacionado con ella está presente en todo momento.

Si la persona enferma es un niño/a, la realidad de su enfermedad no la ve con claridad. Antes de los dos años, el niño/a es incapaz de comprender su enfermedad, en cambio, entre los dos y los siete años es capaz de comprenderla, pero en ocasiones, achaca su enfermedad a un hecho en concreto, por ejemplo: que su comportamiento no ha sido el adecuado y precisa de un castigo.

Los niños/as con enfermedades crónicas son personas que deben enfrentarse a numerosas hospitalizaciones que conllevan a sentimientos de temor y dolor por las intervenciones a las que se someten y también miedo por la ausencia de su vida normal. Muchas investigaciones afirman que las alteraciones psicológicas son más frecuentes en niños/as y que la hospitalización infantil es una experiencia estresante.

En el ámbito cognitivo del enfermo/a, la ansiedad es ocasionada por la preocupación del desarrollo de la enfermedad y su posterior tratamiento, además de la ausencia de su vida habitual. En el aspecto físico se desarrollan síntomas como dolor, cansancio y agotamiento por las intervenciones y prácticas medicas a las que están sometidos.

Un niño hospitalizado al pasar por esa situación estresante carga consigo muchos factores negativos. Por una parte, los que se derivan de la propia hospitalización y por otra, el encontrarse en un ambiente que no es el suyo y separarse de su entorno.

Al romper el equilibrio con su anterior vida y al enfrentarse a lo desconocido, desarrollan carencias afectivas, mentales, sociales, físicas. Por lo que precisan de necesidades educativas especiales. Hace dos siglos, la atención educativa a niños con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad apareció por las carencias que los niños padecían. Montessori (De Vicente, 2003) se convirtió en una de las precursoras de esta manera de proceder, al evidenciar que la intervención no pasaba únicamente por una atención asistencial, sino que era preciso llevar a cabo una actuación holística en la que se atendiesen las necesidades pedagógicas de los niños/as.

Los niños/as que presentan una enfermedad deben enfrentarse a múltiples adversidades, principalmente la propia enfermedad y a los procedimientos médicos a los que deben estar expuestos pero también a la ausencia de su vida cotidiana y la ansiedad que produce esta situación.

La hospitalización infantil presenta distintas características que difieren de la hospitalización adulta:

- No son los niños/as los que demandan la asistencia sanitaria, normalmente.
- Mientras el niño/a está ingresado, en la mayoría de los casos, está presente el miedo y la incomprendión de la situación.
- No reciben información acerca del tratamiento ni de la propia enfermedad, ya que se considera contraproducente para el estado psicológico del niño/a.
- La necesidad de cariño aumenta y también la depresión por la falta de relación con sus iguales.

Muchos estudios afirman que el niño/a hospitalizado puede presentar trastornos psicológicos como consecuencia de la hospitalización. Estos trastornos conducen a alteraciones emocionales y conductuales, que pueden llegar a quedarse hasta el fin de la adolescencia.

Se halla cierta similitud entre el progreso de la intervención en personas con discapacidad y la intervención hospitalaria en niños/as enfermos. La pedagogía hospitalaria llevaría a cabo distintas aportaciones de la pedagogía terapéutica, para atender a niños/as en situación especial, como son los niños hospitalizados.

Repasando la historia de los hospitales infantiles, en épocas anteriores al S.XIX, los niños/as eran considerados pequeños adultos. Por lo tanto, en los hospitales los niños/as y los adultos compartían el mismo espacio. Los primeros hospitales se crearon en Londres y en París en 1802 aproximadamente. En España fue más tarde, en 1867, Benito Menni fundó el primero hospital infantil, que sigue en marcha actualmente, San Juan de Dios (Barcelona).

Entre 1914 y 1918, varios médicos como Guthrie, Pfandler e Ibrahim realizaron estudios sobre los trastornos emocionales que aparecían en los niños/as en la separación con las madres. A partir de 1930 ya se comienzan a realizar estudios sobre las alteraciones psíquicas que se producían en la hospitalización. En 1959, el gobierno del Reino Unido crea una comisión para investigar la situación de los niños/as hospitalizados que la encabezaba el cirujano sir Harry Platt y que realizó uno informe llamado *Platt Report* que supuso una mejora en la hospitalización infantil. En el presente informe se recomienda a los padres visitar regularmente a sus hijos y ayudar en el cuidado hospitalario. Los padres pasaron de ser excluidos a ser tolerados y finalmente aceptados como participantes en el cuidado de sus hijos.

A raíz de este informe se realizan numerosas investigaciones sobre este tema y aparecen distintos documentos, uno de ellos fue Carta Europea sobre los niños/as hospitalizados, adoptada por el Parlamento Europeo el 13 de mayo de 1986, A2-25/86, también ratificada por el Estado Español. En la que expresa, entre otras muchas cosas que cualquier niño/a tiene derecho a recibir atención médica tanto en su casa como en el ambulatorio, el ingreso hospitalario es la última opción si no pueden recibir el tratamiento médico en ninguno de los anteriores lugares. Además, la estancia hospitalaria se intentará que sea lo más breve posible.

La hospitalización infantil desde sus principios hasta la actualidad ha sufrido muchos cambios. Por ejemplo: el trato, la atención y el nivel de profesionalidad. Anteriormente, a la parte psicológica del niño no se le daba la suficiente importancia, solo se trataban los aspectos biológicos, pero más adelante como se ha expuesto anteriormente ya se comenzó a prestar atención a diversos aspectos, entre ellos, las emociones y las conductas, durante todo el proceso hospitalario.

La normativa vigente en España, actualmente, que atañe los derechos de los niños/as hospitalizados es la siguiente:

- ✓ Ley 13/1982 de 7 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos.
- ✓ Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial.
- ✓ Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- ✓ Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- ✓ Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación. Circular del 12/11/1996 de la Dirección Nacional de Centros Educativos, que establece los criterios generales para la organización de las actuaciones dirigidas a la atención de los alumnos hospitalizados y convalecientes.
- ✓ Circular 28/01/1997 de la Dirección Nacional de Centros Educativos sobre planificación de actuaciones de compensación educativa.
- ✓ Resolución del 03/07/1998 de la Secretaría General Técnica en el que se da publicidad el 18 de mayo de 1998 al convenio firmado entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Instituto Nacional de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo para la atención educativa a los niños hospitalizados.
- ✓ Orden del 22/07/1999 por la que se regulan las actuaciones de compensación educativa.
- ✓ La Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.

En cada Comunidad Autónoma se establecen distintas normas, en Aragón nos encontramos con una orden relacionada con este tema: Orden 25 de junio de 2001, del Departamento de Educación y Ciencia, por la que se establecen medidas de Intervención Educativa para los alumnos con necesidades educativas especiales que se encuentren en

situaciones personales, sociales o culturales desfavorecidas o que manifiesten dificultades graves de adaptación escolar.

#### **4.6. Repercusiones psicológicas de la hospitalización infantil**

Oros y Vogel (2005) realizaron un estudio sobre las situaciones que crean estrés en los niños, entre las que destacaban preocupaciones por la salud, seguidas de las manifestaciones conductuales, ansiedad, miedos y preocupaciones en torno al proceso hospitalario (Montoya, Zaragoza, García y Gonzalez, 2005; Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001) y el estrés referido a ello (Lopez-Naranjo y Fernández-Castillo, 2004; Méndez y Ortigosa, 1997; Small, 2002).

Cada persona es diferente, por lo tanto, no todo el mundo reacciona ante un hecho de la misma forma. Lo mismo ocurre con los niños/as, cada uno de ellos reacciona de forma distinta ante la enfermedad y el ingreso hospitalario. Los factores que influyen son: la edad, la etapa evolutiva, la personalidad, la familia, el personal del hospital, duración de la hospitalización, organización del hospital, tipo de enfermedad y/o tratamiento y las experiencias hospitalarias anteriores (si las hubiera).

Al inicio del ingreso se manifiestan reacciones de tipo ansioso y depresivo. La ansiedad es una enfermedad que todo el mundo ha experimentado y que prepara al cuerpo para realizar algo importante. La ansiedad activa el sistema nervioso central y todo el organismo. Sirve para afrontar situaciones en las que el individuo sienta que es una amenaza o un peligro que está sucediendo en la actualidad o que ocurrirá en un futuro. Normalmente, se acompaña de manifestaciones físicas como: taquicardias, mareos, vómitos, diarrea, etc.

Una causa muy relevante que desarrolla ansiedad en el paciente es la sensación de ausencia de su entorno más cercano: amigos, familia, conocidos, etc. Se encuentra en un lugar que no había conocido antes y las personas que ve diariamente no son las personas de su entorno habitual.

Estas reacciones ansioso-depresivas también pueden aparecer por el tipo de enfermedad que padezca el niño/a, separación de su entorno, ausencia de autonomía, etc. Se deben tener en cuenta los síntomas de un estado depresivo y no confundirlos con los propios síntomas de la enfermedad.

El niño/a enfermo, a parte de enfrentarse a la separación de su vida cotidiana, también tiene que adaptarse a las nuevas rutinas del hospital, que son una obligación y que no le permiten actuar con libertad. El niño/a desarrolla una pérdida de autonomía progresiva y es una persona pasiva ante el proceso de la enfermedad y recuperación.

Pero, por otro lado, Méndez y Ortigosa (2000) dicen que la hospitalización puede ser un acontecimiento que signifique una oportunidad de aprender a superar con éxito situaciones difíciles, potenciando la autoconfianza del niño y mejorando sus habilidades de afrontamiento. El paciente busca adaptarse, lidiar y hacer frente a sus circunstancias. Cabe mencionar que para ello requiere apoyo, y su éxito en estos intentos dependerá en gran medida de un entorno colaborador, pero también de sus propias características como persona y las que trae desde su historia familiar.

#### **4.7. Adaptación del niño/a y la familia a la hospitalización y a la enfermedad**

Existen diversos factores tanto externos (relación con los padres, experiencias y sensaciones previas, duración de la hospitalización, gravedad de la enfermedad, sistemas de apoyo presentes...) como internos (desarrollo evolutivo del niño, personalidad...) que hacen depender el grado de aceptación de la hospitalización y de la enfermedad. La hospitalización interrumpe su vida cotidiana y puede afectar de distintos modos (físico, psíquico, social e intelectual).

El niño/a normalmente cuando sufre una enfermedad sufre un sentimiento de culpabilidad. Siente que es un castigo por algo que no ha hecho correctamente.

Los enfermeros/as son personas que apoyan la estancia del enfermo en el hospital. A parte de cumplir sus labores como profesional sanitario también ofrecen cariño y ayudan en la adaptación al hospital. Los niños/as aprecian al enfermero/a ya que es una persona de apoyo y seguridad. Se sienten valorados porque han recibido atención y preocupación por los mismos.

Muchos sistemas sanitarios han dado un paso hacia delante con la ayuda de los centros hospitalarios, optimizando las instalaciones hospitalarias para mejorar el proceso de adaptación del niño/a en el hospital.

Los niños/as también son capaces de ver los aspectos positivos de la hospitalización con ayuda de los profesionales, a pesar de la gravedad de la situación y de los problemas que genera.

En cuanto a las familias, se debe comentar la incidencia que la enfermedad del niño/a ocasiona en ellas. El sufrimiento del niño/a origina estrés en la familia. El momento más difícil que atraviesan es el diagnóstico. Al inicio muestran rechazo, sobre todo si se trata de una enfermedad crónica.

Al reaccionar de forma negativa, este sentimiento les provoca de distintas formas: economía, relaciones sociales, empleo, autonomía, estado emocional, etc. Es muy común que se establezcan lazos sobreprotectores con el niño/a, sobre todo el entorno más cercano como son los padres, madres y hermanos. Esta sobreprotección es negativa, ya que el hijo enfermo recibe todas las atenciones y se siente “privilegiado”.

Al finalizar la enfermedad, ese sentimiento de sobreprotección y de angustia por si vuelve a surgir la enfermedad sigue permaneciendo y es muy difícil dejarlo a un lado.

Esta situación inicial, Angulo (2009) la denomina etapa de negación, en la que los padres niegan la presencia de la enfermedad y manifiestan incredulidad. Al terminar esta primera fase, surge un periodo de rabia, en el que las familias sufren enfado y sufrimiento emocional. Posteriormente, aparece una etapa de pacto, en el que la familia quiere parar el tiempo y que la enfermedad no se adelante.

Muchos aspectos del niño/a como la edad, la gravedad de la enfermedad, la incertidumbre del futuro, el tipo de tratamiento, la evolución, etc., generan ansiedad en la familia.

Los progenitores afrontarán los estresores hospitalarios según las habilidades de su repertorio conductual. La influencia de estas estrategias sobre el hijo/a se ejerce en dos direcciones:

- Si los padres logran adaptarse eficazmente, influirán favorablemente sobre el niño. Por el contrario, si se muestran ansiosos o preocupados, contribuirán a incrementar los niveles de ansiedad del hijo/a.
- El repertorio de habilidades de afrontamiento de los padres determinará la instrucción de estas estrategias al niño para que pueda afrontar la situación, así como el reforzamiento por la práctica de estos recursos.

Los padres utilizan distintas estrategias para poder afrontar la hospitalización de su hijo/a como, por ejemplo: búsqueda de información, uso de las redes para apoyarse con otras familias y búsqueda de recursos ante las necesidades que se puedan presentar.

Algunos padres optan por utilizar estrategias como disimular el malestar y la ansiedad, llorando a escondidas o desviar su atención hacia la religión o filosofía.

Existen factores que reducen o cambian el estado emocional de la familia que son la forma de afrontar las situaciones estresantes, un buen sistema de apoyo, experiencias previas y la duración y gravedad de la enfermedad de su hijo/a.

Además, se ha investigado y se ha concluido que los factores que aumentan la ansiedad de forma considerable son los siguientes: ansiedad frente a la enfermedad, falta de recursos e información, nivel escolar familiar, la imposibilidad de estar con el hijo durante toda la jornada, el número de hermanos y la economía sociofamiliar.

Otros autores establecen distintas fases en el afrontamiento de las familias en la hospitalización: al conocer el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos/as, la reacción principal de los progenitores es de shock y pánico, apareciendo seguidamente emociones como la culpabilidad, síntomas depresivos, conflictos internos y angustia (fase de desintegración), sintiéndose en muchas ocasiones incapaces de encontrar soluciones a los problemas que se les van planteando, tomar decisiones o manejar situaciones cotidianas del niño. Posteriormente, “los padres pasan a una fase de ajuste en la que buscan información que los anime, para ir acomodándose emocional y socialmente a la enfermedad, hasta llegar a asumir e integrar la enfermedad de su hijo (fase de reintegración)” (Grau y Fernández, 2010, pp. 203-212).

La relación entre padres e hijos proporciona la transmisión del estado de ánimo mutuamente. Investigaciones afirman que existen dos formas de transmisión de emociones:

- El “contagio emocional”. La comunicación verbal y no verbal entre padres e hijos transmite los sentimientos de ansiedad.
- La “crisis parental”. Según esta hipótesis, los niños/as que presentan ansiedad ante situaciones difíciles es porque sus padres también la presentan, es decir, heredan las conductas de afrontamiento de sus padres.

A partir de estos datos, se concluye la necesidad de incluir a los padres activamente en la preparación de sus hijos, informarles de las consecuencias de su conducta sobre éstos e instruirles en el uso de técnicas de afrontamiento para superar de forma adaptada esta experiencia.

En los años 60 se desarrollaban intervenciones psicológicas sobre la hospitalización, durante las décadas de los 70 y los 80, se basó en un entrenamiento de las habilidades de afrontamiento de los padres. Hoy en día se ofrecen diversos programas sobre el contexto hospitalario y sus consecuencias, de esta forma se mejora la adaptación del niño y sus familiares.

Algunos programas que nos podemos encontrar para afrontar esta situación son los siguientes:

- Apoyo emocional

El profesional sanitario establece un vínculo con la familia y con el niño/a en que les brinda el apoyo necesario para poder afrontar las situaciones estresantes, crean un clima de confianza y se reduce el miedo y la ansiedad porque ayudan a expresar las emociones.

- Información

Se provisiona la información necesaria a las familias para poder conocer la enfermedad de su hijo y las formas para poder afrontarla.

- Inoculación del estrés

Por inoculación del estrés o inmunización se entiende el proceso de preparación para afrontar experiencias estresantes a través de la aportación de nueva información sobre el evento, de la identificación y el refuerzo de las estrategias de afrontamiento del sujeto o, si fuera necesario, el establecimiento de otras nuevas con el fin de que la persona pueda afrontar la situación de una forma adaptada.

Actualmente, existen programas que tienen como objetivo la preparación de los padres para que sean ellos quienes entrenen a su hijo/a en las habilidades de afrontamiento, a la vez que refuerzen y faciliten el empleo de estas estrategias en los momentos más estresantes. De esta forma, los padres pueden actuar como modelos positivos de afrontamiento, facilitando información relevante y proporcionando un sentido de control sobre los procedimientos médicos. Hay tres tipos diferentes de preparación a la hospitalización infantil: preparación para la cirugía infantil, para procedimientos médicos dolorosos y para hospitalizaciones en el servicio de urgencias.

Por último, se presenta el programa COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment) destinado a padres de niños/as hospitalizados en servicios de urgencias.

Su finalidad es incrementar las habilidades de afrontamiento maternas a fin de facilitar la enseñanza de estrategias positivas a sus hijos/as. Las madres reciben información acerca de las respuestas de los niños/as ante la hospitalización, actividades que pueden realizar durante su estancia hospitalaria y estrategias de apoyo en los momentos más estresantes.

#### **4.8. La autoestima y la inteligencia emocional en la hospitalización.**

La enfermedad y su tratamiento, en algunos casos, provocan un cambio físico significativo, por lo que se obliga a hacer un reajuste psicológico al niño/a con respecto a su autoconcepto previo y su autoestima.

Las experiencias de dolor y tratamientos que dañan el organismo generan cambios en el cuerpo de los niños/as y adolescentes enfermos. Los cambios de su propio cuerpo y a nivel psíquico debido al sufrimiento crean sentimientos de inferioridad ante su entorno, lo que provoca consecuencias a su autoestima y autoconcepto.

Los factores de protección de los niños/as ante situaciones estresantes son los siguientes: los factores de protección individual son alta autoestima y autoconcepto positivo, capacidad de pensar de manera independiente, habilidades de solución de problemas, entre otros. Los factores de protección familiares son la unión del grupo y el apoyo y el vínculo afectivo de los padres, y los factores de la comunidad son la influencia de los amigos y las relaciones con adultos que les sirvan como modelo positivo y la calidad de los servicios sanitarios.

Farah y al. (2008) afirman que el modelo de Mayer y Salovey de Inteligencia Emocional (1997), es el más correcto para trabajar la inteligencia emocional en niños hospitalizados, regulando las emociones y comprendiéndolas, así como la facilitación del pensamiento a través de éstas.

Estos autores afirman que este modelo desarrolla estrategias para enseñar las cuatro habilidades propuestas por ellos, de forma que afrontar su enfermedad del modo más adecuado, recalando que la expresión y regulación emocional son especialmente relevantes, porque son los dos pilares fundamentales de la inteligencia emocional como base de la pedagogía hospitalaria. Las cuatro habilidades son las siguientes: expresión emocional, comprensión emocional, facilitación del pensamiento y regulación emocional.

Se han estudiado muchas estrategias para afrontar la enfermedad en el ámbito hospitalario, varios estudios afirman que la terapia narrativa es una estrategia que ofrece

resultados positivos. Esta terapia consiste en escuchar al resto y expresar los sentimientos propios, es decir, fomenta la empatía y la liberación de sentimientos. El lenguaje proporciona relatos de esperanza, por eso el diálogo en la terapia narrativa es crucial. Para los niños/as es importante la conversación para construir significados de esperanza y así crear avances en sus procesos internos.

#### **4.9.Pedagogía hospitalaria**

La pedagogía hospitalaria se ocupa de la educación del niño enfermo y hospitalizado. Se pretende que el niño/a pueda seguir aprendiendo y desarrollándose integralmente en medio de esa situación negativa. La pedagogía hospitalaria interviene de cuatro formas: enseñanza escolar, actividades lúdico-recreativas, orientación personal y familiar y estrategias psicopedagógicas específicas de intervención. Los niños al entrar en el hospital, la gran mayoría, están escolarizados de forma ordinaria y la escuela del hospital trata de compensar esta situación.

La pedagogía hospitalaria es una de las nuevas ramas de la pedagogía social en la que se da respuesta a un fenómeno que se vive en la actualidad. Se intenta continuar con la educación de los niños/as que presentan una enfermedad y no pueden acudir a la educación formal, además también se enfoca en la familia y en las personas más cercanas en la vida del niño/a.

La psicopedagogía debe ser un servicio más en el hospital, un espacio en el que se ofrezca ayuda a los niños/as tanto educativa como psicológica. También se tiene que adaptar a la edad del paciente y a la gravedad de la enfermedad para que así cada niño/a pueda acceder a la educación de forma adaptada a sus características, de esta forma se pueda guiar hacia una mejora de la calidad de vida durante el proceso de hospitalización.

Según López y Fernández (2006) cobra sentido e importancia la intervención psicopedagógica en aulas hospitalarias al poseer, como objetivo último, el ayudar a reforzar y apoyar psicológica y educativamente los procesos de enfermedad y hospitalización infantil, con el fin de conseguir la mayor normalización en la vida del paciente y su familia. Para los autores, la finalidad de la Psicopedagogía Hospitalaria es la misma que la de la educación, es decir, la búsqueda del desarrollo integral de la persona, persiguiendo la máxima evolución de todas sus capacidades, incluso en una situación anómala como es el hecho de estar enfermo y hospitalizado. (pp.553-557)

Lizosoáin y Polaino-Lorente (1996) afirman que los principales objetivos que debe establecer la pedagogía son los siguientes:

- Proporcionar apoyo al niño y paliar su déficit de tipo afectivo.
- Tratar de reducir especialmente los déficits de tipo escolares y culturales que, con ocasión del internamiento, suelen producirse en el niño hospitalizado.
- Disminuir su ansiedad y demás efectos negativos desencadenados como consecuencia de la hospitalización.
- Mejorar la calidad de vida del niño dentro de la propia situación de enfermedad.

Según Lizosoáin y Ochoa (2003) los roles del pedagogo hospitalario son:

- Mantener contacto con los profesionales de la salud para adquirir un mayor conocimiento sobre las implicaciones de la enfermedad y sobre la condición médica del paciente pediátrico. Dentro de la línea de colaboración interprofesional, también podrá informar oportunamente al personal médico acerca del proceso de desarrollo infantil, de las características propias del niño y de la dinámica familiar.
- Realizar una evaluación psicosocial de la situación personal y familiar del niño enfermo.
- Canalizar toda la información recibida para elaborar y aplicar estrategias apropiadas de intervención educativa, que permitan al niño y a la familia enfrentarse, de manera más positiva, con los factores derivados de la enfermedad y de la hospitalización.
- Llevar a cabo un seguimiento escolar del paciente pediátrico, colaborando con el profesorado del niño tanto dentro como fuera del hospital.

Y las funciones de la escuela hospitalaria según Lizosoáin y Ochoa (2003) son:

- Educativa: evitando la pérdida del hábito intelectual y del esfuerzo personal; así como fomentando la conciencia de responsabilidad.
- Compensatoria: compensando “las lagunas” que existan en el niño, a nivel de aprendizajes motivados por sus ausencias a clase y por la propia enfermedad.
- Preventiva: evitando el retraso escolar y favoreciendo la readaptación del niño cuando regrese al colegio.
- Terapéutica: combatiendo el síndrome hospitalario, favoreciendo la adaptación al hospital, logrando una despolarización respecto de la enfermedad y evitando el aburrimiento.

- Normalizadora: integrando en la experiencia hospitalaria las actividades escolares que son una parte muy importante de la vida cotidiana de un niño.
- Integradora: tratando de que el niño trabaje en grupo, se socialice y aprenda a convivir con otros pacientes.

En España la pedagogía hospitalaria sigue las normas europeas. Las aulas hospitalarias se ubican en pediatría y su objetivo es prestar atención al niño enfermo desde el punto de vista escolar, humano, social y psicológico. Esta pedagogía se enmarca en el ámbito de la Educación Especial ya que está enfocada a las atenciones educativas en el marco hospitalario. Actualmente, en el marco legislativo en competencia de educación, la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) habla de las necesidades del niño hospitalizado; “Las personas que precisan permanecer en el hospital durante un periodo prolongado y que, además, se encuentran en edad escolar, serán consideradas de acuerdo con los promulgados en la citada legislación: alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.” (LOE, 2006, p. 17180).

## 5. Propuesta de intervención didáctica

La presente propuesta de intervención recoge ocho sesiones en las que se trabaja la autoestima en un aula hospitalaria para edades entre 3 y 6 años (Educación Infantil). Dichas sesiones según vayan realizándose se crearán las adaptaciones pertinentes en base a las necesidades y capacidades de cada uno de los niños/as.

Para realizar las sesiones se han tenido en cuenta los distintos tipos de situaciones que pueden presentar cada uno de los niños/as hospitalizados (sillas de ruedas, movilidad reducida, estrés, etc.). Por lo tanto, en la mayor parte de las sesiones no se necesita esfuerzo físico para realizarlas.

Estas sesiones se han desarrollado de forma que sean motivadoras para los niños y sobre todo para fomentar la autoestima, el optimismo y la resiliencia en el aula hospitalaria.

Para comenzar todas las sesiones y aportar sentido del humor a las mismas, se utilizarán 10 minutos antes de iniciar cada una para “el saludo”. El “saludo” consiste en que cada niño/a elige una parte de su cuerpo para saludar al resto, por ejemplo: un dedo, todos los dedos, los dedos de los pies, las rodillas, las nalgas, las orejas, etc. Y al finalizar cada sesión, se dedicarán otros 10 minutos a bailar o cantar (adaptando la actividad a cada

niño) con música ambiente o música que ellos elijan que les apetece en esa jornada, el maestro/a siempre aplaudirá las acciones de todos los niños/as. De forma que, pueden desinhibir la ansiedad y el estrés producido por la propia hospitalización.

### **5.1.Temporalización**

La duración de las sesiones será de un mes en total, es decir, son ocho sesiones que se realizarán dos de ellas por semana. Estas sesiones se repetirán todos los meses si llegan nuevos alumnos al aula hospitalaria y se van alumnos que ya las han realizado. Como modo de ejemplo, a continuación, se expone en una tabla el mes donde se comenzarán a realizar las sesiones que será enero de 2022.

<b>TEMPORALIZACIÓN</b>		<b>SESIONES</b>
Enero 2022	Día 3	La caja de los recuerdos
	Día 5	Había una vez...
	Día 10	Los dibujos
	Día 12	Me valoro
	Día 17	¡Qué bien haces...!
	Día 19	El cuento de la flor
	Día 24	Tarjetas
	Día 26	El mural

### **5.2.Metodología**

La metodología que se va a utilizar será acorde a las necesidades y características de cada uno de los niños/as, orientada a conseguir el equilibrio psico-emocional de éstos en su estancia hospitalaria.

A través de la presente intervención se pretende potenciar las competencias emocionales, enfocándose en la autoestima y la resiliencia, para así poder desarrollar una regulación emocional sólida.

El papel del docente es muy importante, ya que va a adquirir un rol de mediador en el que transmitirá seguridad y confianza para la correcta realización de las sesiones.

Por tanto, el modelo que se empleará será el modelo constructivista, por el cual se partirá de las experiencias más cercanas al niño/a y construirán sus propios conocimientos

a medida que vayan experimentando con el ambiente. También se trabajará con el aprendizaje significativo en el que a través de la experiencia los conocimientos nuevos se relacionarán con los anteriores.

La gran mayoría de las sesiones están basadas en actividades lúdicas en las que se pretende que de forma autónoma puedan crear una imagen positiva de ellos mismos, trabajando en un clima de confianza, que ayuda tanto a la integración social como a la autoestima.

Por último, en cuanto a la agrupación de los niños/as, en la mayoría de las sesiones se trabaja en equipo. Por lo tanto, se fomenta la interdependencia a la vez que la autonomía, se impulsan las relaciones sociales y se fomenta la diversidad y la igualdad de oportunidades.

Para concluir, destacamos que se va a utilizar una metodología activa y participativa, basada en el modelo constructivista.

### **5.3. Desarrollo de las sesiones**

A continuación, se desarrollan las sesiones de la intervención didáctica:

Sesión 1: LA CAJA DE LOS RECUERDOS	
<b>Temporalización:</b>	
<p>La duración de esta sesión es de 1 hora aproximadamente. En la primera parte son 15 minutos y en la segunda parte 50 minutos.</p>	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la resiliencia.</li> <li>- Recordar sentimientos positivos previos.</li> <li>- Desarrollar emociones positivas y saber controlar las negativas.</li> </ul>	<b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración y expresión de sus sentimientos.</li> <li>- Elaboración de una “caja de los recuerdos”.</li> </ul>
<b>Materiales:</b>	

- Caja de cartón de tamaño pequeño.
- Fotos y dibujos propios de experiencias vividas anteriormente junto con familia y amigos.
- Pintura de dedos.

**Edad:** 3 a 6 años.

**Desarrollo:**

El desarrollo de la actividad se realiza en dos fases:

1. En primer lugar, se realiza una asamblea en la que se explica que en la vida todos tenemos situaciones tristes que nos hacen sentirnos débiles, pero que de alguna forma podemos cambiar esos pensamientos y sentirnos mejor. Recordando momentos anteriores en los que hemos sido felices con nuestros familiares y amigos nos sentimos nostálgicos, pero a la vez intentamos luchar para que vuelvan a suceder, de esta forma, tenemos una esperanza que nos proporciona felicidad.
2. En la segunda fase, los niños con la colaboración de las familias han traído al aula fotos, dibujos, etc., que les recuerdan situaciones vividas anteriormente. Cada uno de los niños tendrá una caja de cartón que la decorará con pintura de dedos y colocará dentro sus mejores recuerdos. Posteriormente, los enseñará en el aula al resto de compañeros y los explicará. El maestro/a les explicará que cada vez que se sientan tristes deberán abrir su caja de los recuerdos e imaginar que algún día volverán a sentirlos otra vez, de esta forma encontrarán un poquito de felicidad en su estancia hospitalaria.

## Sesión 2: HABÍA UNA VEZ...

**Temporalización:**

La duración de esta sesión es de 45 minutos.

<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la autoestima en un cuento que el niño es protagonista.</li> <li>- Fomentar la imaginación a través de la narrativa.</li> </ul>	<p><b>Contenidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión oral.</li> <li>- Conocimiento de las emociones y de las propias cualidades.</li> <li>- Imaginación y creación de un cuento.</li> </ul>
<p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel de rollo para murales (color blanco).</li> <li>- Rotulador.</li> <li>- Una foto de cada niño.</li> </ul>	
<p><b>Edad:</b> 3 a 6 años.</p>	
<p><b>Desarrollo:</b></p> <p>Los niños van a crear su propia historia, exaltando las cualidades de cada uno de sus compañeros y de sí mismos. El maestro/a coloca el rollo de papel extendido en la pizarra. Pregunta a los niños cuál es el título que desean ponerle a la historia que van a crear y posteriormente pega las fotos de cada uno de ellos, mientras coloca las fotos incitará a los niños a crear un personaje de su compañero/a. Por ejemplo: Juan es un “príncipe” y le vamos a poner una espada porque es muy valiente, Lorena es un “águila” y le colocaremos alas porque es muy curiosa y se fija en todos los detalles, etc. Mientras los niños nombran características positivas de sus compañeros/as la maestra les incita realizándoles preguntas como: ¿Cómo creéis que es Laura? ¿Qué le dibujaríais? ¿Un balón porque sabe jugar muy bien a fútbol?, etc. De esta forma, es más fácil que los niños desarrollen la imaginación.</p> <p>Por último, el mural se colgará en el aula del hospital para que todos los niños cada vez que lo vean recuerden el momento en el que sus compañeros hablaron positivamente de ellos y resaltaron sus cualidades.</p>	

<p><b>Temporalización:</b></p> <p>La duración de esta sesión es de 1 hora.</p>	
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la resiliencia.</li> <li>- Desarrollar la creatividad infantil.</li> <li>- Distinguir entre emociones positivas y negativas.</li> </ul>	<p><b>Contenidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de la creatividad.</li> <li>- Aumento de la resiliencia.</li> <li>- Expresión oral.</li> </ul>
<p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel tamaño A4.</li> <li>- Rotuladores.</li> </ul>	
<p><b>Edad:</b> 3 a 6 años.</p>	
<p><b>Desarrollo:</b></p> <p>La sesión consiste en que los niños deberán contar cuál ha sido y por qué la situación más triste que han vivido en su estancia hospitalaria y compartirlo con el resto de compañeros/as. Posteriormente, deberán realizar un dibujo que exprese ese momento en el que no se han sentido bien. Después expresarán todo lo contrario, la situación más bonita que han vivido en el hospital y también deberán dibujarla. Al terminar de dibujar, el maestro/a les preguntará que cuál de los dos dibujos desean que se cuelgue en el aula y les explicará que el otro dibujo que denota sentimientos negativos lo pisaremos y lo tiraremos a la basura, igual que al sentimiento que nos produce el propio dibujo. Y, al finalizar, literalmente pisaremos y arrugaremos el dibujo que fomenta la aparición de sentimientos negativos y lo tiraremos a la basura. Con esta sesión se pretende que los niños se queden con las situaciones positivas tanto en el hospital como en su vida cotidiana, ya que las negativas solamente llevan a pensamientos negativos que generan sentimientos de ansiedad y estrés. También ayuda a superar las situaciones estresantes y ha salir fortalecido de las mismas, ya que después las podemos arrugar y tirarlas a la basura, es decir, deshacernos de ellas.</p>	

## Sesión 4: ME VALORO

### Temporalización:

La duración de esta sesión es de 1 hora.

### Objetivos:

- Describir su propio cuerpo.
- Expresar los sentimientos que tienen hacia ellos mismos.
- Respetar las diferencias físicas de cada uno.
- Fomentar el humor.

### Contenidos:

- Expresión oral.
- Aumento de la autoestima.
- Respeto de las diferencias físicas.
- Desarrollo de la risa.

### Materiales:

- Canción “Voy a dibujar mi cuerpo” (Anexo 2).
- Plastilina
- Cartón
- Tijeras
- Espejo

Edad: 3 a 6 años.

### Desarrollo:

Al comienzo de la sesión se cantará y se bailará la canción “Voy a dibujar mi cuerpo” como modo de introducción a la actividad. Seguidamente, los niños deberán mirarse al espejo y expresar ante los demás cómo se sienten con ellos mismos y qué partes de su cuerpo les gustan más y menos, y por qué. Después el maestro/a repartirá a cada

uno de los niños un trocito de cartón y de plastilina para que creen un muñequito de ellos mismos. Al terminar, cada uno expondrá su figura y explicará porque la ha creado de esa forma. El maestro/a recalcará a todos los niños que cada persona es distinta, que no todos somos iguales pero que tampoco nadie es mejor que nadie, por lo que debemos querernos tal y como somos, con nuestras virtudes y también con nuestros defectos.

Por último, al despedirse, desarrollaremos un poquito de humor, se desarrollará una mini-actividad por parejas. Cada una de las parejas preparará una risa especial como: “jijijiji, jojojojojo, jujajojuju”. Al finalizar la clase, cada pareja de niños/as se reirá ante sus compañeros con la risa que preparado.

## Sesión 5: ¡QUÉ BIEN HACES...!

### **Temporalización:**

La duración de esta sesión es de 30 a 40 minutos.

### **Objetivos:**

- Fomentar la exploración de emociones.
- Aumentar la autoestima y la seguridad en sí mismo.

### **Contenidos:**

- Exploración de emociones.
- Autoestima y seguridad.

### **Materiales:**

- Marioneta “Tito”.

### **Edad:** 3 a 6 años.

**Desarrollo:** El maestro/a colocará a los niños en semicírculo y presentará a una marioneta que será su nuevo amigo llamado “Tito”. Les comentará a los niños que Tito sabe hacer muchísimas cosas como cantar, bailar, dibujar, etc. Cada vez que tito haga algo bien, los niños y la maestra le aplaudirán y le dirán ¡qué bien que lo haces!

Posteriormente, cada niño expresará una actividad o algo que sepa hacer bien y se lo enseñará al resto de sus compañeros. Por ejemplo: Pedro sabe escribir muy bien, mostrará sus habilidades ante el resto de sus compañeros y ellos le aplaudirán. El maestro debe conocer a los niños o preguntar a las familias las habilidades que tienen cada uno de ellos para animar a expresar las cualidades que les definen, de esta forma será más fácil para ellos poder contarlas y sentirse orgullosos de lo que saben hacer.

## Sesión 6: EL CUENTO DE LA FLOR

### **Temporalización:**

La duración de esta sesión es de 1 hora.

### **Objetivos:**

- Generar sentimientos de empatía.
- Aumentar la autoestima.
- Reconocer la figura de cada persona como única.

### **Contenidos:**

- Desarrollo de la empatía.
- Aumento de la autoestima.

### **Materiales:**

- Ficha flor (anexo 3).
- Ceras de colores.

### **Edad:** 3 a 6 años.

**Desarrollo:** El maestro les explicará a los niños que va a leer un cuento de una flor que tiene miedo a abrirse y a continuación contará la historia (anexo 4). Al terminar, se entregará a cada uno la ficha de la flor (anexo 3), deberán colorear la flor imaginándose como puede ser la flor del cuento: colorida, oscura... según las emociones que piensen que está sintiendo la flor. Si la colorean oscura es porque creen que esta triste, si la colorean con colores vivos significará que está alegre. De

esta forma también atribuirán emociones a colores. Al finalizar, se creará una pequeña asamblea en la que el maestro explicará que cada persona es distinta y que posee distintas cualidades pero que todos tenemos valores que nos hacen ser únicos e inigualables. También comentará que todos tenemos miedos pero que debemos luchar contra ellos para poder ser felices. Por lo tanto, el cuento de la flor es una actividad importante porque su moraleja hace reflexionar y sobre todo aumentar la autoestima.

## Sesión 7: TARJETAS

### Temporalización:

La duración de esta sesión es de 1 hora: 40 minutos la primera actividad y 20 minutos la segunda.

#### Objetivos:

- Desarrollar estrategias de autorregulación de las emociones.
- Distinguir entre emociones positivas y negativas.
- Aprender a controlar impulsos.
- Desarrollar la resiliencia.
- Potenciar el humor.

#### Contenidos:

- Autorregulación emocional.
- Conocimiento de emociones.
- Expresión oral.

#### Materiales:

- Tarjetas (Anexo 5).

#### Edad:

3 a 6 años.

**Desarrollo:** En la presente sesión aprenderemos a diferenciar las emociones positivas y las negativas, y también a identificarnos con ellas. Repartiremos a los niños dos tipos de tarjetas (Anexo 5): las primeras serán corazones que se identificarán con las

emociones positivas y las segundas serán corazones rotos que se relacionarán con las emociones negativas. El maestro comentará una serie de situaciones y los niños deberán levantar la tarjeta que identifique las emociones que siente ante esa situación. Las situaciones serán las siguientes:

- Mi madre ha encontrado un nuevo trabajo.
- Tienen que realizarme una intervención quirúrgica.
- Tienen que sacarme sangre.
- Voy a ir al parque a jugar con mis amigos.
- Voy a tener un hermanito/a.
- Mis padres están conmigo en el hospital.
- Mi familia y yo nos vamos de vacaciones.
- Me duele la ojcabeza.
- Me llevo muy bien con mi compañero/a de habitación.

Aleatoriamente se irá preguntando a los niños/as porque han elegido esa tarjeta y no la otra y que emoción o sentimiento le produce tal situación. El maestro/a les enseñará estrategias para poder afrontar esas situaciones en las que sus emociones son negativas y les explicará que todos los problemas tienen una solución, por lo que esas emociones negativas algún día pueden convertirse en positivas.

Al terminar, se realizará una pequeña actividad humorística en la que el maestro/a expondrá varias veces dos tipos de palabras que no tienen relación entre sí y los niños deberán crear una frase con las mismas. Por ejemplo: refresco-muñeca, elefante-puerta, sofá-aceite, árbol-televisión, playa-reloj.

## Sesión 8: EL MURAL

### Temporalización:

La duración de esta sesión es de 45 minutos.

<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar la autoestima.</li> <li>- Ser conscientes de las cualidades positivas de los compañeros.</li> <li>- Fomentar la creatividad.</li> </ul>	<p><b>Contenidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la creatividad.</li> <li>- Conocimiento de las propias cualidades y de las del resto de compañeros.</li> <li>- Desarrollo de la autoestima.</li> </ul>
<p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel de rollo de mural.</li> <li>- Rotuladores de colores.</li> </ul>	
<p><b>Edad:</b> 5 y 6 años.</p>	
<p><b>Desarrollo:</b> La sesión consiste en hacer un mural conjunto en el que cada niño debe dibujar a un compañero resaltando alguna de sus cualidades positivas. En primer lugar, el maestro/a repartirá unos papelitos aleatorios a cada uno con el nombre de uno de sus compañeros. Posteriormente, se sentarán todos en el suelo y dibujarán en el papel continuo a su compañero. Finalmente, los niños deberán buscar cual es el dibujo que le corresponde y el niño/a que le ha dibujado tendrá que explicar porque lo ha hecho de esa forma y cuál es la virtud que ha destacado. De esta manera, el niño que ha sido dibujado se empodera y su autoestima aumenta.</p>	

## 6. Conclusiones

En el presente apartado se realizarán las conclusiones obtenidas de la realización de este Trabajo de Fin de Grado a través de los objetivos propuestos.

La autoestima es un aspecto psicológico fundamental en el desarrollo de los seres humanos y debe de empezar a trabajarse desde la primera infancia ya que, al inicio de la escolarización, los niños/as son más flexibles a todo tipo de aprendizaje que se incorpora en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por lo tanto, en el aula hospitalaria aún debe acentuarse más por la situación y el entorno en el que se encuentra, porque todo ello disminuye el nivel de autoestima que el niño/a posea.

Por un lado, teniendo en cuenta que se ha escogido la potenciación de la autoestima como herramienta para superar miedos, estrés, sentimientos negativos, etc., en el proceso de la hospitalización, podríamos decir que mediante una intervención psicopedagógica utilizando una metodología enfocada en el aumento de la autoestima, la resiliencia, y con algunos aspectos humorísticos, ayudamos al desarrollo de sentimientos y emociones positivas que contribuyen a una mejora en la estancia hospitalaria infantil.

La presente temática ha sido elegida porque la parte psicológica en la hospitalización, en muchas ocasiones, queda a un lado y lo importante son los cuidados físicos y la propia enfermedad. Pero no es así, el estado psicológico también influye en el desarrollo de la enfermedad, de forma que al crear pensamientos positivos y verse aumentada la resiliencia, el proceso de la hospitalización para el niño/a se torna más ameno y ayuda en la mejora de las sensaciones que pueda experimentar el enfermo/a durante la estancia hospitalaria.

Actualmente, la realidad es que cada vez se da más importancia a los estados emocionales de las personas, tanto a nivel mundial como en España. Como se ha recogido en el trabajo, existen numerosas asociaciones que desarrollan prácticas humorísticas en los hospitales para la infancia. Estas prácticas contribuyen a la mejora psicológica de los niños/as enfermos y a un desarrollo positivo de emociones y sentimientos. Pero, aún existiendo este tipo de asociaciones, se debe concienciar y dar a conocer la importancia del estado emocional durante la hospitalización, ya que todavía es un tema, en cierto modo, poco valorado en la sociedad.

Un niño/a con una autoestima elevada y emocionalmente equilibrado desarrollará la resiliencia y el empoderamiento suficiente para poder afrontar cualquier tipo de situación que se le presente a lo largo de su vida, en cambio, si es al contrario y posee una autoestima baja, podría caer en estados de depresión, ansiedad, estrés, entre otros.

Además, también se debe destacar el papel del docente, ya que somos modelos de referencia para los niños/as y debemos saber gestionar nuestras emociones y ser un correcto modelo emocional.

Por otro lado, respecto a la intervención didáctica, todas las sesiones están enfocadas a la mejora psicológica durante la estancia hospitalaria, dando respuesta a las necesidades que presentan los niños/as en esa situación. Estas sesiones han sido elaboradas escogiendo modelos de actividades relacionadas con la autoestima, la resiliencia y el humor y adaptándolos al proceso hospitalario. Es decir, todas las sesiones pueden verse adaptadas, ya que los niños/as que las reciben se encuentran en una situación especial y cada uno de ellos tendrá unas necesidades y posibilidades físicas y psicológicas distintas. Por lo que, la dificultad de las sesiones se puede ver aumentada o disminuida según el niño/a y la situación.

Por último, se debe comentar que los objetivos propuestos se han visto cumplidos, tanto en la parte teórica del trabajo como en la intervención. Desarrollando cada uno de ellos y buscando información sólida basada en teorías de autores especializados en el tema. También hay que destacar la parte personal de la realización del trabajo, pues se han podido adquirir nuevos conocimientos sobre este ámbito, ya que la base de conocimientos antes de comenzar era mínima, pero a través de la búsqueda exhaustiva de información se ha logrado desarrollar los conocimientos necesarios para la realización del trabajo.

Finalmente, para concluir, me gustaría plasmar las siguientes palabras de Marilyn Monroe (1952): “Si dejas salir tus miedos, tendrás más espacio para vivir tus sueños”.

## 7. Referencias bibliográficas:

- Angulo, P. (2009). *El juego infantil en las aulas hospitalarias*. Propuestas de acciones lúdicas. Granada: Copyplanet.
- Branden, N. (1995), Los seis pilares de la autoestima, Barcelona: Paidós. Recuperado de <http://www.enriquerojas.com/articulos-voluntad-autoestima-motivacion-felicidad-alegriamadurez-personalidad-inmaduro.html>
- Burns, R.B. (1998). *El autoconcepto: teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Bilbao: EGA.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*. 27 (1), 18-30.
- *Carta Europea sobre los niños hospitalizados*, adoptada por el Parlamento Europeo el 13 de mayo de 1986, A2-25/86.
- Cava, M.J. y Musitu, G. (1999). Evaluación de un programa de intervención pedagógica para la potenciación de la autoestima. *Intervención psicosocial*, 8 (3), 369-383.
- Cemades, I. (2008). Desarrollo de la creatividad en educación infantil. *Revista creatividad y sociedad*, 12. 7-20.
- Farah, S., Rodríguez Aké, A. y Sosa, M. (2008). *Desarrollo de la inteligencia emocional en niños hospitalizados por situación oncológica*. Revista electrónica de psicología, 5.
- Frank, J.D. (1988). Psychological and behavioral aspects of illness and treatment. *Revista latinoamericana de psicología*, 20 (1), 45-54.
- González-Siamancas, J.L. y Polaino, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.

- Grau, C. y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An sist. Sanit. Navar*, 33(2), 203-212.
- Greengross, G. (2013). Humor and Aging: A mini review. *Gerontology*, 59: 448-453. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/Pdf/351005>
- , E.M. (2012). Educación Infantil: una mirada para los estilos de aprendizaje y la metacognición. *Revista estilos de aprendizaje*, 10. 21-29.
- Laporte, D. (2006). *Autoimagen, autoestima y socialización* (Guía práctica con niños de 0 a 6 años). Madrid: Narcea.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ley Orgánica LOE 2/2006 de 3 de mayo, de educación.
- Lizosoáin, O. y Ochoa, B. *Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo*. Biblioteca de humanidades. 1577-8533 (2003), 5; 75-85 Pamplona.
- Lizosoáin, O. y Polaino-Lorente, A. (1996). La pedagogía hospitalaria como un concepto unívoco e innovador. *Revista Comunidad Educativa Madrid*, 231 (3), 14-16.
- Lizasoáin, O., & Polaino-Lorente, A. (1992). Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Revista Española de Pediatría* 48(1), 52-60.
- López, I. y Fernández, A. (2006) *Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje*. Revista de Educación, n. 341, p. 553-577.
- Lupiani, M., Gala, F.J., Bernalte A et al. (2005). *El humor, la alegría y la salud*. Cuadernos de medicina psicosomática, 75:40-48.
- Lynch, O. (2010). Cooking with humor: in group humor as a social organization. *Humor*. 23(2), 127-156. Recuperado de:

<https://www.degruyter.com/view/j/humr.2010.23.issue2/humr.2010.007/humr.2010.007.xml>

- Montoya, I., Zaragoza, C., García, C. y González, R. (2005). *Manifestaciones conductuales de distrés postquirúrgico en cirugía mayor ambulatoria pediátrica*. Asecma.
- Muñoz, A. (2016). *¿Qué es la resiliencia?* Recuperado de: [http://motivación.about.com/od/psicología\\_positiva/a/Que-Es-La-Resiliencia.htm](http://motivación.about.com/od/psicología_positiva/a/Que-Es-La-Resiliencia.htm)
- *Orden 28 de marzo de 2008*, del departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón. (2008).
- Orejudo, S., Aparicio, L. y Cano, J. (2013). Personal competente of spanish students pursuing different academia careers. Contributions and reflexions from positive psychology. *Journal of Behaviour, Health and Social Issues*, 5 (2), 63-78.
- Oros, L.B. y Vogel, G.K. (2005). *Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias de sexo y edad*. *Enfoques*. 17(1), 85-101.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.J. (2000). *Hospitalización infantil, repercusiones psicológicas*. Biblioteca nueva, universidad de psicología: Madrid.
- Ovejero, A. (1990). *El aprendizaje cooperativo. Una alternativa eficaz a la enseñanza tradicional*. Barcelona: PPU.
- Polaino-Lorente (1988). El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas, en V.V.A.A.: *Identidad, normas y diversidad* (pp 29-52). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Proyer, R. (2014). A psycho-linguistic approach for studying adult playfulness: A replication and extension towards relations with humor. *Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*. 148, 6, 717-735.

Recuperado de:

[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980.2013.826165?sr\\_c=reccsys&journalCode=vjrl20](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980.2013.826165?sr_c=reccsys&journalCode=vjrl20)

- Quiles, M.J. y Espada, J.P. (2004). *Propuestas para la escuela y el tiempo libre*. Madrid: CCS.

Recuperado de:

[http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-)

- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports Reviews*, 1. doi: 10.15761/CCRR.1000227
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence *Psychological Perspectives on the self*. Vol.3. pág.107.
- Santos, R. (2013). *Levantarse y luchar*. Bogotá, Colombia: Conecta.
- Seligman, M.E.P. (1999). *Niños optimistas*. Barcelona: Grijalbo.
- Vicente, A. y De Vicente, M.P. (2003). Pedagogía clásica: Grecia y Roma. *Una aproximación a la historia de la Educación Especial*. Murcia: Diego Marín.
- Wooten, P. (1996). Humor: an antidote for stress. *Holistic Nursing Practice*, 10: 40-55.

## 8. Anexos

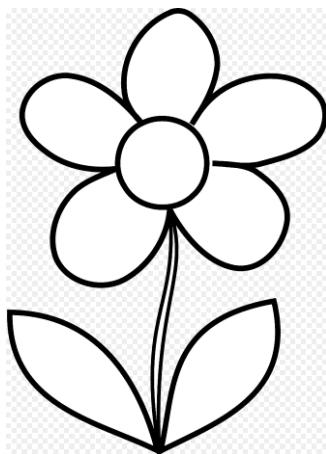
### Anexo 1



### Anexo 2

Voy a dibujar mi cuerpo,  
 la cabeza es lo primero,  
 un bracito a cada lado  
 y en las manos cinco dedos,  
 de a poquito voy bajando  
 y a las piernas ya llegué,  
 voy a hacer los zapatitos  
 porque adentro están los pies.  
 Pero ahora que me acuerdo,  
 algo falta en la cabeza,  
 dos ojitos y una boca,  
 la nariz y dos orejas.  
 Miren que bien, me dibujé,  
 de la cabeza hasta los pies.  
 Miren que bien, me dibujé,  
 de la cabeza hasta los pies.

## Anexo 3



## Anexo 4

*Érase una vez una florecilla que estuvo cerrada durante mucho tiempo. Temía abrirse y que la vieran por dentro. No os podéis imaginar el temor que sentía tan sólo con pensar que la verían sus hermanas, ellas que eran tan hermosas. Pero los rayos del sol anuncianan que ya había acabado el invierno. Muy pronto el rey del cielo comienza a llamar a la puerta cada flor: "Pom, pom, pom". Diciendo: -Despierta, despierta, ábrete preciosa, ya se ha acabado el sueño de invierno. Nuestra florecilla también recibió la llamada del rey del cielo, sus rayos la acariciaron haciendo cosquillas, y no tuvo más remedio que despertarse. Quiso abrirse para agradar al sol, pero cuando estaba intentándolo recordó su miedo y volvió a cerrarse. El sol que conocía muy bien al despertar de las flores, tuvo más paciencia con ella que con ninguna. Cada ratito le susurraba: -Ábrete, ábrete, pequeña, a lo que ella contestaba con un rotundo no.- Bueno, entonces dime qué te pasa- preguntó el sol -La florecilla escondida, le contestó con mucha timidez:- Tengo miedo de no ser como los demás...., de que no me quieran. En ese momento, el sol alumbrado, descubrió que estaba llena de lágrimas por dentro. Un resplandor dorado secó las gotitas desprendidas de la flor, mientras el sol le decía: - Todas las flores padecen el mismo miedo que tu: desde la más grande hasta la más pequeña teme abrirse al mundo, le asusta abrirse al mundo, le asusta crecer. Sin embargo, cuando la Diosa Primavera que se aposenta en su seno le pide que se abran y alegren a todas las criaturas, todas abren sus pétalos para cantar la canción del existir, y todas son bellísimas porque dan lo que tienen. Entonces la florecilla se atrevió a mirarse por dentro, y escuchó la voz de la primavera que le latía muy hondo: -Ábrete, crece y alegra la vida cantando mi canción. La flor así lo hizo, en un abrir de hojas pasó del miedo a la alegría, siendo otra bella flor de la naturaleza.*

## Anexo 5

