



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“Arteterapia como herramienta en aulas
hospitalarias de oncología infantil”

“Art therapy as a tool in hospital classrooms for
oncological children”

Autor/es

Irene Cancer Craver

Director/es

Ana Moreno Pueyo

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2016

Índice

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
METODOLOGÍA	7
LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	7
Los derechos del paciente pediátrico	7
El derecho a la educación.....	9
La educación inclusiva	10
Objetivos de la Pedagogía Hospitalaria	11
Marco legislativo de la Pedagogía Hospitalaria	12
EL CÁNCER EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL	14
Concepto infantil de enfermedad	15
La enfermedad crónica	17
Las consecuencias de una enfermedad.....	18
Consecuencias sociales	18
Reacciones de los padres tras el diagnóstico:	19
Consecuencias físicas y psicológicas del cáncer.....	20
El dolor	20
Secuelas cognitivas en el tratamiento del cáncer.....	20
El estrés.....	21
ACTUACIÓN PEDAGÓGICA EN EL HOSPITAL	21
Las aulas hospitalarias	22
Enseñar en el Aula Hospitalaria	23
ARTETERAPIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	25
La arteterapia.....	25
Historia de la arteterapia	26
La arteterapia y su aplicación en intervenciones a niños de oncología pediátrica	26
Fundamentos, encuadre y fases de la arteterapia	27
Fases del proceso arteterapéutico	28
Vínculo entre la obra, el paciente y el terapeuta.....	29
La creatividad y el juego, las bases de la arteterapia	29
Importancia del juego en oncología infantil	30
Contamos con posibilidades, la resiliencia	32

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN ONCOLOGÍA INFANTIL	34
Metodología	34
Vinculación con el currículum	36
Objetivos	36
Contenidos	37
Previsión.....	40
Sesiones.....	40
SESIÓN 1	41
SESIÓN 2	43
SESIÓN 3	45
SESIÓN 4	46
SESIÓN 5	48
SESIÓN 6	50
SESIÓN 7	52
SESIÓN 8	54
Temporalización.....	56
Evaluación.....	57
CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

“Arteterapia como herramienta en aulas hospitalarias de oncología infantil”

“Art therapy as a tool in hospital classrooms for oncological children”

- Elaborado por Irene Cancer Craver.
- Dirigido por Ana Moreno Pueyo.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Diciembre del año 2016.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 17.866.

Resumen

La escuela es un importante agente de socialización donde niños y niñas maduran para llegar a ser ciudadanos activos y críticos. Por ello, su situación de hospitalización no debe condicionar el acceso a una escolarización necesaria para su presente y su futuro. Tanto el aula hospitalaria, como el docente de la misma, juegan un papel imprescindible a la hora de no desvincular al alumno de la construcción de los lazos sociales que surgen a partir de su proceso de enseñanza-aprendizaje. Así, esta educación en el hospital tiene como objetivos fundamentales apoyar a los alumnos en su proceso de hospitalización, ayudarles a mantener, en la medida de lo posible, su ritmo académico y potenciar sus relaciones sociales.

Por consiguiente, se diseña una propuesta de intervención para aulas hospitalarias de oncología infantil. Para ello, se realiza un recorrido teórico sobre la pedagogía hospitalaria y sobre diversas propuestas metodológicas que, apoyadas en herramientas de arteterapia, pueden beneficiar que los alumnos mejoren sus capacidades a nivel cognitivo, físico y social.

Palabras clave

Aulas hospitalarias, oncología pediátrica, arteterapia, creatividad, juego, resiliencia.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo realizar un estudio acerca de la práctica educativa que se lleva a cabo en las Aulas Hospitalarias con alumnos de oncología pediátrica ya que, desafortunadamente, en la actualidad son muchos los niños y niñas que acuden a las mismas debido a su situación de hospitalización.

Para la realización de este estudio se organizan de forma estructurada los factores que influyen en proveer a dichos alumnos¹ de una educación inclusiva y de calidad, dentro del hospital. Para ello, se ha comenzado con un análisis de la Pedagogía Hospitalaria desde su nacimiento en nuestro país con la instauración de la LISMI (1982); se exponen además los elementos que conforman la misma en lo que respecta a profesionales, finalidades, objetivos y actuación. Tras esto, se presenta una descripción del cáncer en la infancia, para concienciar de lo que supone tan severa enfermedad crónica y los efectos a corto y largo plazo que conlleva; se explican las secuelas que acarrea en el niño y en su familia a nivel psicológico, físico, cognitivo y social.

El siguiente objetivo del trabajo es analizar diferentes herramientas de arteterapia para, desde el ámbito educativo, contribuir con ellas a mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado, ayudarlo a enfrentarse a su enfermedad y prevenir su desvinculación del sistema educativo; esto se realiza desde una perspectiva lúdica y dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje en el hospital. Se ha comenzado el análisis de forma general explicando qué es la arteterapia en su conjunto, cómo ha evolucionado durante la historia y por último, los beneficios que produce en el paciente de oncología pediátrica.

A modo de conclusión, se presenta una propuesta de intervención para poner en práctica con niños y niñas de oncología pediátrica de 6 y 7 años. Esta, parte desde el área de Educación Artística para, con el uso de herramientas de arteterapia, procurar que el alumno se relacione con sus compañeros, potencie su autoestima y confianza en él y en el entorno que le rodea y conciba el espacio de trabajo como un lugar placentero que controla y le apoya durante su estancia en el hospital. La propuesta se lleva a cabo poniendo en práctica dinámicas que combinan el arte y el juego a partir del desarrollo

¹ El presente Trabajo de Fin de Grado se ha realizado englobando bajo el término masculino de niños y alumnos a todos los niños y niñas del sistema educativo. El motivo de lo mismo se debe a agilizar el proceso de escritura del trabajo y reducir las palabras del mismo.

de la creatividad e imaginación del grupo, dotando a las actividades de una significatividad que ayude a los alumnos a implicarse en el proyecto.

JUSTIFICACIÓN

Cada año se diagnostican en España cerca de 1.400 nuevos casos de cáncer en la infancia, en niños de 0 a 18 años. Debido a las múltiples hospitalizaciones del paciente que implica esta enfermedad, considero importante destacar la puesta en marcha, por parte de las administraciones educativas, de un marco legislativo que desarrolle las metodologías educativas para la Pedagogía Hospitalaria, contribuyendo de esta forma a proveer una actuación educativa de calidad para los alumnos de oncología pediátrica.

El presente estudio se ha realizado con la intención de conocer los objetivos de enseñanza desde los que parte la actuación pedagógica en el hospital, con el motivo de intentar, en la medida de lo posible, no desvincular al alumno de su proceso de enseñanza – aprendizaje. Se analizan los objetivos, técnicas, metodologías y papeles del docente de las diferentes aulas hospitalarias. De esta manera, el trabajo me ha sido útil para completar mi formación como maestra ya que, aún tratándose la Pedagogía Hospitalaria de una rama de la Educación Especial, no se ha profundizado en el tratamiento de este tema durante nuestra trayectoria en el grado de Educación Primaria.

Por otra parte, se pretenden analizar herramientas de arteterapia para incluir en las metodologías educativas del hospital ya que se ha comprobado su eficacia para ayudar al alumno (paciente) a expresar sus emociones con respecto a la enfermedad, a apoyar su proceso de hospitalización y a encontrar en estas dinámicas un espacio de refugio y control que le sirva de fortaleza frente a la enfermedad. Para finalizar, se expone una propuesta de intervención con la pretensión de clarificar cómo estas herramientas de arteterapia se pueden llevar a la práctica en el campo educativo, fomentando en el alumno su creatividad e imaginación para la creación y producción de obras individuales y grupales que le ayuden a gestionar sus emociones, a relacionarse con el grupo y a considerar a sus compañeros y maestros como figuras de apoyo en los que poder confiar y con los que poder encontrarse en un plano seguro que traspase las barreras del cáncer.

METODOLOGÍA

El trabajo que a continuación se presenta se ha llevado a cabo mediante la realización de un estudio teórico-práctico sustentado en la indagación y en la búsqueda de evidencias escritas, revisión de fuentes bibliográficas y visitas a diferentes instituciones y hospitales.

Con los siguientes apartados que se exponen, se ha pretendido conocer la situación actual sobre las Aulas Hospitalarias, su actuación y sus beneficios a corto y largo plazo en niños y niñas que se enfrentan al cáncer. Para concluir, se presenta una propuesta de intervención para oncología infantil protagonizada por la arteterapia, la creatividad y el juego.

LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Se presenta a continuación la Pedagogía Hospitalaria, con las palabras escritas por Gutiez (2013):

La Pedagogía Hospitalaria es una rama diferencial de la pedagogía cuyo cometido es encargarse de la educación del niño o adolescente enfermo u hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal y en sus aprendizajes, a la vez que procura atender las necesidades afectivas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. (Gutiez, 2013, p. 3).

Nos encontramos ante un contexto en el que no es sólo posible llevar a cabo una educación, sino necesario. Según argumenta Gutiez (2013), esta rama de la educación es necesaria para que los alumnos no rompan con su ritmo escolar ni con sus aprendizajes, así también, se les atiende en sus necesidades psicológicas derivadas de la enfermedad; todo pretendiendo que sea un contexto normalizado.

Los derechos del paciente pediátrico

En décadas pasadas, los departamentos infantiles de los hospitales se caracterizaban por un ambiente rígido, en el que no se concebía una educación de los niños. Desde que Rene Spitz, en 1945 describió el síndrome de hospitalismo como las consecuencias negativas que el ingreso en un centro médico tenían para el desarrollo infantil, se puede

decir que la pedagogía hospitalaria ha ido evolucionando, impulsada principalmente por los siguientes factores (Rumeu, 2015):

- Profesionales de la salud y de la educación.
- Asociaciones de padres de niños enfermos.
- Voluntarios.
- Administraciones educativas.
- Desarrollo de la conciencia social.

Otro elemento de enorme importancia para la concienciación de la necesidad educativa a niños hospitalizados son las Cartas de Derechos relacionadas con los pacientes pediátricos, de las que destacan tres de ellas:

- La Carta Europea del Derecho del Niño Hospitalizado (1986).
- La Carta Europea a la atención educativa de los niños y adolescentes, aprobada en la asamblea general de la Asociación HOPE (2000).
- La Declaración de los Derechos del niño, niña o joven hospitalizado o en tratamiento de América Latina y el Caribe en el ámbito de la educación (2009).

Estas cartas suponen un importante punto de partida y de referencia para impulsar las actuaciones a favor de los niños enfermos y hospitalizados, tanto desde las instancias políticas, como médicas y educativas. A continuación, se recogen diferentes aspectos a destacar de estos Derechos del Niño Hospitalizado (1986), que reúnen los documentos antes nombrados:

- Derecho a estar acompañados de sus padres el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital.
- Derecho a ser informado en función de su edad y desarrollo mental de los diagnósticos y prácticas terapéuticas a las que se les somete.

- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se le respete su intimidad.
- Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando en lo posible su hospitalización entre adultos.
- Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados de educación y de juegos.
- Derecho a proseguir su formación escolar durante el ingreso y a beneficiarse de enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades pongan a su disposición.
- Derecho a ser educado por docentes especializados.
- Derecho a mantener el contacto con su colegio de origen y de volver una vez recuperado.
- Derecho a que los estudios cursados en el aula hospitalaria sean reconocidos y posibiliten su promoción escolar.

El derecho a la educación

La Pedagogía Hospitalaria se sustenta en un derecho nuclear, como es el Derecho a la Educación, impulsada por los principios de Normalización, Inclusión y Personalización de la enseñanza.

El principio de Normalización no es una técnica, no es un conjunto de procedimientos, la normalización es una filosofía según la cual, las personas con alguna enfermedad deben ser incluidas en la sociedad con los mismos beneficios y oportunidades que el resto de ciudadanos. La aplicación de este principio en el plano educativo se denomina *inclusión escolar*. La UNESCO (2005) define la educación inclusiva como:

Una educación que se basa en el derecho de todos los alumnos a recibir una educación de calidad que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje y enriquezca sus vidas. Al

prestar especial atención a los grupos marginados y vulnerables, la educación integradora y de calidad procura desarrollar todo el potencial de cada persona. Su objetivo final es terminar con todas las modalidades de discriminación y fomentar la cohesión social.

La inclusión es un proceso destinado a abordar y atender a la diversidad de necesidades de todos los educandos mediante una participación cada vez mayor en el aprendizaje, entornos culturales y comunidades, y a reducir al mismo tiempo la exclusión dentro y a partir del entorno educativo. Esto requiere cambiar y modificar contenidos, enfoques, estructuras y estrategias, con un planteamiento común que incluya a todos los niños del grupo de edad correspondiente y con la convicción es responsabilidad del sistema regular educar a todos los niños. (UNESCO, 2005).

Es decir, tal y como dicta la UNESCO, la inclusión escolar parte de una actitud social de respeto y aceptación de las diferencias, para lo cual es necesario un compromiso educativo que ofrezca lo necesario para atenuar las dificultades con las que se encuentran los alumnos en situación de enfermedad, desarrollando de esta forma sus posibilidades al máximo. La inclusión trata de educar con calidad a todos los niños dentro del sistema educativo.

La enseñanza individualizada y la educación personalizada ocupan un lugar de honor en el pensamiento pedagógico contemporáneo, donde el centro de la educación es el niño, con sus características propias de personalidad, su enfermedad y sus circunstancias.

La educación inclusiva

Como resalta Caballero Soto (2007), en su investigación *El aula hospitalaria, un camino hacia la educación inclusiva*, el Aula Hospitalaria debe ser concebida como una vía de la educación inclusiva, ya que persigue el objetivo de integrar a los sujetos que acuden a la misma en la sociedad. Logrando, de esta manera, que la hospitalización del niño enfermo conlleve un provecho, haciendo que prosigan sus estudios y encuentren un espacio de aprendizaje.

Uno de los principales objetivos que persigue la Pedagogía Hospitalaria es que “se prepare e inserte satisfactoriamente a los niños y adolescentes que se encuentran internados, pero fundamentalmente proveerles una mejor calidad de vida” (Caballero Soto, 2007, p. 155).

Una finalidad a destacar, es buscar la igualdad de oportunidades de todos los alumnos, haciendo que desarrollen todas sus capacidades y habilidades, conviviendo en un clima de tolerancia y de respeto a cada situación. Como dice Caballero Soto (2007), “en otras palabras, romper con el abismo que separa la Educación Formal de la Educación Especial” (Caballero Soto, 2007, p. 156).

La Pedagogía Hospitalaria es acorde con los principios que rigen la atención a la diversidad y a los ACNEAE (Alumnado Con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo). En España, se puede decir que desde 1982, la Ley sobre la Integración Social de los Minusválidos (en adelante, LISMI), se recoge por primera vez la obligatoriedad de los hospitales de contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar que se encuentren ingresados (Urmeneta, 2011). Gracias a esto se crean las Aulas Hospitalarias tal y como las conocemos, atendidas por maestros, profesores de educación infantil, primaria o secundaria, que trabajan con las mismas condiciones que un docente de aula ordinaria.

Objetivos de la Pedagogía Hospitalaria

En este ámbito, se puede afirmar que la atención al niño enfermo y hospitalizado contribuye a su estabilidad emocional y a una eficiente recuperación. Además, humaniza más al niño y previene efectos negativos que el tratamiento pueda originar.

La finalidad de la Pedagogía Hospitalaria es la misma que la de toda educación: conseguir el desarrollo integral de la persona, potenciando al máximo sus capacidades, incluso estando enfermo. Por tanto, los objetivos fundamentales que se plantean para conseguir dicho desarrollo son los siguientes (Urmeneta, 2011):

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Atender a la formación de su carácter y su voluntad.
- Fomentar la actividad procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre.
- Cultivar la natural alegría infantil.

- Orientar personal y profesionalmente.

Así, la Pedagogía Hospitalaria se propone (Urmeneta, 2011):

- Luchar contra la pérdida del hábito intelectual.
- Apelar a la importancia del esfuerzo.
- Fomentar la conciencia de responsabilidad.
- Reducir las lagunas de aprendizaje y retraso escolar.
- Prevenir las alteraciones emocionales.
- Luchar contra el síndrome del hospitalismo.

Para llevar a cabo estas finalidades de la forma más eficiente posible, los profesionales deben procurar que el paciente en el hospital trabaje en grupo, conviva con otros alumnos y se socialice, favoreciendo así la readaptación durante y tras la enfermedad y la hospitalización, facilitando el camino para la vuelta al colegio. Como finalidades anexas a la pedagogía hospitalaria, destaco también la función del conjunto que forman el equipo de profesionales para dar apoyo moral y psicológico a los pacientes y familias, que no permiten que estos se depriman ya que son el puente de unión entre el niño y la realidad.

Marco legislativo de la Pedagogía Hospitalaria

En el presente año 2016, se cumplen 30 años desde la escritura de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (1986). En dicha Carta y en la LISMI (1982) se forma el eje de la aparición de las aulas hospitalarias. La legislación que trata la Pedagogía Hospitalaria y que rige las actuaciones en los centros hospitalarios en España viene definido por:

La Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982 de 7 de abril) y su consiguiente desarrollo en el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (334/1985 de 6 de marzo), que dicta en su Artículo 29, título IV:

Todos los hospitales tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean la Administración del Estado, de los organismos autónomos de ella dependientes, de la Seguridad Social, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como los hospitales privados que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales. (Art. 29).

Esta misma idea se recoge de nuevo en el Real Decreto de Ordenación de la Educación de alumnos con Necesidades Educativas Especiales (RD 696/1995 de 28 de abril) que recoge en su Capítulo 1, en el Artículo 3:

El MEC (Ministerio de Educación y Cultura) promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, primaria y secundaria internados en ellos. (Art.3).

Posteriormente, el Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación (RD 299/1996 de 28 de febrero) en el capítulo 3, en su artículo 19, sobre las actuaciones de compensación educativa dirigidas a la población hospitalizada establece:

El MEC (Ministerio de Educación y Cultura) creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos, que mantengan regularmente hospitalizados un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, y a petición de instituciones hospitalarias de titularidad privada, podrá formalizar convenios para la concentración de unidades escolares de apoyo. (Art.19).

En Mayo de 1998, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud, concluyeron en un convenio en el que postularon las bases para resolver la escolarización de los niños hospitalizados, de forma que esta condición no impidiera su formación educativa.

De nuevo, la Ley Orgánica 2/2006 de Educación defiende la necesidad de la atención a la diversidad y de la atención educativa en los hospitales. De esta misma forma se

hace mención a la Pedagogía Hospitalaria en la vigente Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa.

EL CÁNCER EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL

El cáncer se considera una de las enfermedades con más relevancia en la infancia, se coloca como la principal causa de mortalidad por enfermedad. Las tipologías más comunes de cáncer infantil son las leucemias, linfomas, sarcomas y tumores neurales, “siendo estos últimos los tumores sólidos que más ocurren durante la niñez” (Anderson, Rennie, & Ziegler, 2001, citado en Salcedo, 2012, p. 5).

El aumento de la tasa de supervivencia en casos de cáncer infantil en los últimos veinte años ha sido muy significativo, concretamente se ha reducido la mortalidad a un 40%. Este favorable dato, evidencia, no obstante, que se haya generado preocupación por “la búsqueda de los efectos secundarios, la alteración física permanente y las secuelas psicológicas incluyendo disfunción cognitiva tras el tratamiento de supervivientes de cáncer en la infancia, haciendo de esta enfermedad una condición crónica, más que letal” (Anderson, Rennie, & Ziegler, 2001, citado en Salcedo, 2012, p. 5).

Salcedo (2012) explica a continuación el *proceso de diagnóstico* del cáncer que describe la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) el cual “debe ser centrado en la familia y enfocado en el niño” (Hays, Valentine, & Haynes, 2006, citado en Salcedo, 2012, p. 6). De esta forma, se establecen unas directrices que resaltan la importancia de crear una relación de confianza mediante la atención individualizada, donde intervenga la expresión de las emociones de los miembros de la familia, ya que su participación, junto con la del niño, es clave e influirá en la futura toma de decisiones respecto al plan terapéutico. Se describen a continuación las *fases* que rige un diagnóstico de cáncer, que se han incluido en la mayoría de las categorizaciones (Soler, 1996, citado en Salcedo, 2012):

- Prediagnóstico: periodo de incertidumbre, se empiezan a identificar los recursos disponibles materiales y emocionales.

- Diagnóstico: momento de ‘aceptar’ el salto emocional de tener un niño sano a un niño con cáncer; suele acompañarse de una respuesta de shock por parte de las familias.
- Inducción: comienzan a comprender y a afrontar la enfermedad, conlleva incertidumbre sobre la enfermedad, los procedimientos y el futuro.
- Remisión: se centran en redirigir las preocupaciones familiares que abandonan el hospital y readaptar la vida en casa.
- Recaída: se potencia el sentimiento de amenaza que conlleva la enfermedad, se puede considerar como una etapa de decepción personal.
- La ejecución del tratamiento: la finalización de la quimioterapia es un periodo deseado; en ocasiones el niño necesitará apoyo externo e información ya que puede no sentirse ni en el mundo de la salud ni en el de la enfermedad.
- Supervivencia: puede darse como una etapa ambigua en la que florecen sentimientos de traumas, heridas o recuerdos de otros niños que mueren.
- Muerte: es fundamental empezar a reconocer los sentimientos personales de “pérdida del niño”.
- Aflicción: muchas familias sienten la necesidad de volver a recibir apoyo por el grupo de salud una vez experimentada la pérdida de su hijo.

Concepto infantil de enfermedad

El conocimiento y el grado de comprensión que el niño posea sobre su enfermedad son factores influyentes en su estado emocional y en su capacidad de enfrentarse a la misma. Los profesionales que con él trabajan han de conocer cómo el niño conceptualiza la enfermedad, aprovechándolo como una estrategia que ayude a reducir sus miedos y temores, logrando así una mejor adaptación a la situación de enfermedad.

Partiendo de la hipótesis central de múltiples investigaciones, que se sustentan en que la adquisición de los conceptos de causas, tratamiento y prevención de la salud y la enfermedad sigue unas *etapas de desarrollo* paralelas al *proceso evolutivo infantil*,

descritas por el psicólogo Jean Piaget; se estudia a continuación cómo el desarrollo de las etapas evolutivas en los niños influye en el concepto que tengan sobre la enfermedad que padecen. Según Piaget, el aprendizaje se basa en una construcción constante de nuevos significados y su teoría del desarrollo cognitivo (1960) da lugar a cuatro estadios o cuatro etapas: la etapa sensomotriz (de 0 a 2 años), la etapa preoperacional (de 2 a 7 años), la etapa de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años) y por último la etapa de las operaciones formales (de los 11 años en adelante).

Las etapas que interesan con respecto al presente trabajo son las correspondientes a la etapa de Educación Primaria, es decir, la etapa de las *operaciones concretas* y la etapa de las *operaciones formales*. Se han seguido las etapas evolutivas que explica Barrena (2007), en su libro *La razón creativa: crecimiento y finalidad del ser humano según Charles Sanders Peirce*.

La primera etapa, que abarca los seis primeros años de edad, es la *etapa preoperativa*, que está asociada con las experiencias más directas inmediatamente. Como explica Barrena (2007), el 90% de los niños que se encuentran en esta etapa, consideran que “enferman porque son malos”, siendo la enfermedad el resultado de haber tenido un mal comportamiento, acompañada así de sentimientos de culpa, surgiendo respuestas por parte de los niños en las que justifican que los niños enferman “por haber hecho algo mal” o “por culpa de otras personas”.

Una segunda etapa, que se desarrolla entre los 7 y los 10 años, es la *etapa de las operaciones concretas*. Tal y como se explica en el libro *Psicología del desarrollo para docentes* (Martín, Calleja, & Navarro, 2009), la etapa de las operaciones concretas es el periodo en el que comienza el pensamiento lógico o lo que se llama el “uso de la razón” asociado a objetos concretos por lo que se desarrolla una inteligencia concreta.

Al ir comprendiendo que *la conducta no es la causa de la enfermedad* y que esta no es un castigo por un mal comportamiento, el complejo de culpabilidad va desapareciendo. Barrena (2007) explica que también comienzan a entender que el tratamiento médico colabora positivamente a la cura de la enfermedad. Los niños, en esta etapa, reaccionan más a la separación de sus actividades y compañeros habituales en la ausencia de sus padres. Tienen gran actividad física y mental, que no suele encontrar salida en el hospital; frecuentando los sentimientos de aburrimiento, soledad,

aislamiento y depresión. Además, la pérdida de contacto con el grupo de compañeros puede volverse una amenaza emocional, por la pérdida de posición en el grupo y la consiguiente pérdida de aceptación en él.

La tercera etapa es la denominada la *etapa de las operaciones formales*, se establece a partir de los 11 años de edad; manifestando la maduración del pensamiento abstracto y la capacidad de asumir la enfermedad como consecuencia de la interacción entre agentes externos y procesos internos, comprendiendo que son variados los orígenes de la misma, llegando a entender esta como el resultado de un proceso. Barrena (2007) explica que, poco a poco, se añaden explicaciones lógicas al factor emocional, representando una comprensión de un conocimiento que ha madurado; y el niño o adolescente va siendo consciente de que los pensamientos y sentimientos de la persona pueden afectar al normal funcionamiento corporal. En este caso, las medicinas se consideran necesarias, pero no suficientes para luchar contra la enfermedad.

La enfermedad crónica

La Organización Mundial de la Salud (2013) describe las enfermedades crónicas como “las enfermedades de larga duración, en las que se tiene en cuenta el grado de incapacidad, el pronóstico y la repercusión que para el niño (paciente), la familia y la sociedad tiene dicho proceso”.

Como características comunes se resaltan: incapacidad para el desarrollo de una vida normal, múltiples hospitalizaciones, angustia y futuro incierto. Como explica la OMS (2013), no todos los niños con procesos crónicos tienen la misma dependencia del hospital; en el caso del cáncer, necesitan una frecuente permanencia en el mismo, para el control y seguimiento de su patología.

Valle y Villanezo (1993) exponen la justificación de la Pedagogía Hospitalaria como algo necesario para prevenir los riesgos de “los efectos psicológicos, sociales y educativos que toda enfermedad, junto con el hecho añadido de la hospitalización puede conllevar, tanto sobre el paciente como sobre su familia” (Valle y Villanezo, 1993, citado en Fernández Hawrylak, 2000, p. 140).

Las consecuencias de una enfermedad

Consecuencias sociales

Durante la etapa escolar, los niños de 6 a 12 años de edad, encuadrados en la etapa evolutiva de las operaciones concretas, van adquiriendo independencia del entorno familiar, surge la iniciativa para planificar y ejecutar determinadas tareas y con ello la búsqueda de un sentimiento de éxito en la resolución de las mismas, así como la aprobación social de las metas establecidas, lo cual va conformando en el niño un sentido de competencia de sus propias capacidades (Salcedo, 2012).

En este caso, las secuelas que conllevan las condiciones de hospitalización, y las experiencias relacionadas con la enfermedad, pueden condicionar el desarrollo de su autoconcepto. La enfermedad durante este periodo puede restringir las oportunidades de interacción social (las relaciones entre iguales). El niño puede ser etiquetado como diferente y esta condición marcará su adaptación social.

Estudios realizados por Eiser, Vance, & Hill (2000) encontraron problemas con el funcionamiento social, que limita el liderazgo y las habilidades sociales que evidencian en el entorno académico afectado con cáncer. “El 50% de los niños supervivientes de leucemia mostró dificultades académicas durante cinco años de seguimiento a pesar de tener un coeficiente intelectual normal” (Parsons & Brown, 1998, citado en Salcedo, 2012, p. 9).

Los factores que afectan al niño psicológicamente giran alrededor de diferentes preocupaciones, una de las más destacables es su *imagen corporal*, que conlleva pérdida de cabello, cambios de peso, presencia de catéteres, cicatrices quirúrgicas... Esto se acompaña en los niños oncológicos con vergüenza y miedo, llevando a la pérdida de la autoestima. De esta forma, Varni considera el *estrés* como el más importante factor de riesgo para la inadaptación psicosocial después del cáncer (Zeltzer, 1993, citado en Salcedo, 2012).

Como describen Apter A., Farbstein I., Yaniv I. (2003), según la edad, se van a dar algunos *factores psicológicos* prevalentes, como:

- Preescolares: los niños más pequeños están más afectados por secuelas neuropsicológicas, con lo que, tras pasar el cáncer puedan requerir de una educadora especial en el colegio. Pueden ser más susceptibles de desarrollar trastornos de ajuste.
- Escolares: están más condicionados por los cambios concernientes al desarrollo físico, pueden presentar trastorno de estrés postraumático y experimentar ansiedad social o timidez.
- Adolescentes: su principal reto es la búsqueda de una identidad, haciéndose más vulnerables a problemas de ajuste y a las secuelas psicosexuales que provocan repercusiones físicas, psicológicas e interpersonales. Entre ellas, la pérdida de los hitos previamente adquiridos, tales como la pubertad, la fertilidad, la menstruación, la libido, la erección y el vello púbico (Grant y Demetriou, 1988; Woolverton y Ostroff, 1998; citado en Salcedo, 2012).

Los tres grupos etarios están expuestos igualmente al riesgo de aparición de episodios de depresión. “La alteración de la autoestima y la confianza son equivalentes a la persistencia y a la flexibilidad a la hora de hacer frente a la adversidad” (Rutter, 1985, citado en Salcedo, 2012).

Reacciones de los padres tras el diagnóstico:

La mayor parte de los padres de niños oncológicos tienen como fin curar la enfermedad y buscar la comodidad de reducir el sufrimiento. Salcedo (2012) explica que los padres, en muchas ocasiones, tienen mayores problemas de ajuste que sus hijos, dándose un 30% de síntomas depresivos (Manne et al., 1993), afloran trastornos emocionales e intensas fases de ansiedad que conllevan alteraciones en el patrón del sueño (Magni et al., 1986).

Salcedo (2012), hace referencia a los estudios de Die-Trill y Stuber (1998), que examinaron dos modelos de respuesta de los padres tras el diagnóstico de cáncer:

‘*Reacción de ajuste*’: las etapas se asemejan a las correspondientes en un proceso de duelo. Kluber (1969) las describe como: comienzo de ansiedad y desorganización causadas por el impacto del diagnóstico, seguidas del dolor que centra su atención en la

situación y un cierre o finalización, que incluye la aceptación de la enfermedad y su comprensión por parte de la familia.

‘*Reacción crónica*’: “dada por posibles patrones de respuesta de dolor crónico” (Buschmann, 1988). Conlleva sentimientos de pérdida del “completo bienestar del niño” y de su esperanza en “el largo plazo”.

Consecuencias físicas y psicológicas del cáncer

El dolor

Como expone Carlos Esquembre Menor (2012, p. 5) en el Congreso de Intervención psicosocial, arte social y arte terapia, “el dolor es una de las inquietudes principales del paciente oncológico. Puede proceder de la propia enfermedad o puede estar causado por los procedimientos de diagnóstico o tratamiento...”.

Saber cómo es el dolor del niño es el primer paso para el posterior alivio. Salcedo (2012) considera las recomendaciones de Frager y Shapiro (1998):

- Incluir a toda la familia en la intervención para el dolor.
- Enfrentarse a los efectos fisiológicos, emocionales y sociales del dolor.
- Hacer partícipes a docentes y familiares en el manejo del dolor.
- Atender a cómo manejar este dolor. Esto no es una tarea sencilla, el dolor es un fenómeno complejo y subjetivo, no tiene una base teórica definida; en los niños, las limitaciones cognitivas y de lenguaje pueden impedir la comprensión del mismo.

Secuelas cognitivas en el tratamiento del cáncer

La afectación de la función cerebral que provoca el cáncer puede venir dada tanto por el caso de tumores, o por efectos indirectos (infecciones, fiebres, medicamentos...), que son causas importantes de las distorsiones cognitivas.

Estas alteraciones son más comunes entre los más jóvenes, donde se observan deficiencias en su rendimiento, deterioro de las habilidades motoras, del procesamiento

visual o de la memoria a corto plazo, entre otros; se pueden evidenciar déficits en la resolución de problemas o discapacidades de aprendizaje a partir de 4 a 5 años tras el tratamiento (Salcedo Melo & Chaskel, 2012).

El estrés

Como se ha citado anteriormente, en niños oncológicos uno de los factores que sale a la luz a causa del riesgo psiquiátrico de esta enfermedad es el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante, TEPT); el cual, según Stuber (1998, citado en Salcedo, 2012), se determina por:

- Aprender la amenaza de la enfermedad y de experiencias traumáticas relacionadas con el dolor.
- El nivel de ansiedad del paciente.
- La historia de otros traumas.
- La red de apoyo familiar y social.

Salcedo (2012) explica el estrés a partir de los estudios de Stuber (1998), el cual examinó pacientes con TEPT, en los que se daban sintomatologías como dolor de estómago, alteraciones en el juego y malestar crónico. La función del docente también puede analizar los niveles de ansiedad que muestra el niño, ayudando a predecir un posible desarrollo del TEPT.

Salcedo (2012), hace hincapié en la importante cantidad de efectos psicológicos que conlleva el cáncer pediátrico en el niño y en su familia. La actuación del docente debe partir de un manejo multidisciplinario que permitirá una mejor comprensión de la enfermedad, del manejo de los niños y de la cura paliativa y prevención de factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o la depresión.

ACTUACIÓN PEDAGÓGICA EN EL HOSPITAL

Fernández Hawrylak (2000, p. 141), aclara con las palabras de Valle y Villanezo (1993) que “la Pedagogía Hospitalaria no es una ciencia cerrada, sino multidisciplinar, que se encuentra todavía delimitando su objeto de estudio para dar respuesta a aquellas

situaciones que, en la conjunción de los ámbitos sanitarios y educativos, la sociedad va demandando”.

La Educación Especial se entiende como “el conjunto de medidas y recursos (humanos y materiales) que se prestan a los alumnos con necesidades educativas especiales, que por algún déficit, carencia, disfunción o discapacidad, les impida un adecuado desarrollo y adaptabilidad” (Ander – Egg, 1997, citado en Fernández Hawrylak, 2000, p. 145). Es decir, la Educación Especial guarda objetivos comunes y similitudes con la Pedagogía Hospitalaria, ya que la situación de enfermedad hace que los niños presenten igualmente necesidades especiales, entre ellas, las educativas.

LAS AULAS HOSPITALARIAS

Partiendo de la premisa de que la escuela, junto con la familia, es el medio natural donde los niños se desenvuelven; por tanto, la escolarización es tarea primordial a poner en marcha como medio específico de formación, desarrollo y socialización. Al comienzo de la enfermedad, surge una idea en el paciente de “desconexión”, de separación de su ambiente cotidiano, de una pausa en su formación educativa, es decir, aparece la imagen de un niño o una niña convaleciente en una habitación de hospital esperando, sin más, a que su salud le permita reorganizar su vida.

Tal y como escribe Urmeneta, M. (2011, p. 13), maestra de aula hospitalaria, “nuestro trabajo se basa en el presente, ajustándonos a cada uno de los alumnos, viviendo en el día a día según ellos, según sus características, su momento vital; respetando su tiempo y todo lo que de ello se deriva”. Por consiguiente, los docentes no deben permitir una suspensión temporal de escolaridad a causa del ingreso hospitalario, esto supondría una alteración en el ritmo de aprendizaje del niño, conllevando repercusiones a corto y largo plazo.

Inicialmente, el colegio se considera secundario frente al tema del tratamiento médico. Pero progresivamente se le va dotando de la importancia que tiene, ya que el retraso escolar puede influir negativamente en el ánimo del paciente, aumentando su temor y ansiedad, por dos razones (UMEEKIN, 2014):

- “La continuidad escolar transmite un mensaje de perspectiva en el futuro” (UMEEKIN, 2014, p. 20).

- “La atención educativa, como parte del tratamiento médico, les permite desarrollar sus habilidades sociales y cognitivas” (UMEEKIN, 2014, p. 20).

Por ello, se destaca la importancia de la labor de las aulas hospitalarias en el proceso evolutivo del niño, gracias al juego y a la socialización con otros niños y niñas, buscando un seguimiento educativo, se consolidan como un lugar de evasión y eliminación de tensiones.

Los maestros de las aulas hospitalarias no nos movemos en un ambiente de risas, juegos, alboroto y voces exultantes como puede ser el de una escuela ordinaria. El nuestro es un entorno de batas blancas, material sanitario, camillas, silencio y a veces de un silencio duro y tenso motivado por la situación crítica que está pasando un paciente, quizá uno que es nuestro alumno, y que le lleva a la muerte. (Urmeneta, 2011, p. 11).

El profesor hospitalario coordina su actuación con el tutor o tutora del colegio de procedencia, para lograr un trabajo eficiente. Esta comunicación, como explica Urmeneta (2011), en la que participa el propio alumno o alumna, ayuda a mantener su identidad como miembro de su grupo- clase de referencia.

“Estudios pilotos desarrollados con relación a la integración escolar de niños y niñas con cáncer demuestran que quienes mantienen contacto con la escuela a lo largo del tratamiento, son los que mejor se integran después al volver”. (Sánchez, 2011, citado en UMEEKIN, p. 21).

Enseñar en el Aula Hospitalaria

Como se ha comentado, una educación efectiva en el Aula Hospitalaria sería la que cumple el objetivo de conseguir una mejor calidad de vida para el alumnado. Ortiz González y Grau (2000), postulan los *objetivos* del Aula Hospitalaria, que se resumirían en:

- Impedir la marginación de los enfermos crónicos durante su periodo de hospitalización.
- Cubrir, con metodologías y materiales adecuados, las necesidades de aprendizaje que manifiesta un niño o adolescente.

- Promover, mediante el hilo de la escuela, la socialización del niño o adolescente hospitalizado.
- Continuar y no frenar el proceso de enseñanza – aprendizaje durante el periodo de hospitalización.
- Procurar que los niños, al completar su periodo de hospitalización, logren reinsertarse satisfactoriamente en el ámbito escolar de referencia.

González-Simancas y Polaino (1991) argumentan que “la metodología que se sigue en las aulas hospitalarias no es única, se orienta a las necesidades y características del grupo” (citado en Fernández Hawrylak, 2000, p. 147), promoviendo, de esta forma, una metodología activa e individualizada donde el niño exprese sus emociones e intereses.

Fernández Hawrylak (2000) expone a continuación las pautas que González-Simancas y Polaino (1991), establecen para trabajar el área académica en el Aula Hospitalaria:

- Resaltan la importancia de la lectura ya que los libros pueden servir como un refugio de los niños enfermos de cáncer, un espacio donde desarrollar la creatividad e imaginación.
- Los contenidos y actividades deben ajustarse a las necesidades y a la realidad ... No se puede ser estricto con un cronograma, porque a veces pasa mucho tiempo antes de que se puedan realizar las actividades programadas debido al tratamiento o a su estado de salud. (González-Simancas y Polaino, 1991, citado en Fernández Hawrylak, p. 147).
- Se debe desarrollar un trabajo de concienciación con los alumnos hospitalizados a largo plazo para que se comprometan con su prioridad de continuar con su formación académica.
- Es satisfactorio ambientar el espacio del Aula Hospitalaria ya que este influye en las emociones de los alumnos. Es importante que estas tareas no solo las construyan los maestros y voluntarios, sino que permitan actuar a los niños, para que así se sientan útiles.

ARTETERAPIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

“El arte intenta generar orden a partir del caos, no sólo el caos del mundo, sino el caos de nuestras propias sensaciones, sentimientos y de nuestras propias carencias cromáticas” (Kakutani).

La arteterapia

A continuación se exponen las dos definiciones de arteterapia escogidas por considerarse más representativas de lo que supone y representa este concepto y las implicaciones que conlleva en la sociedad.

La Asociación Americana de Arte Terapia (en adelante, AATA) define la arteterapia como:

Una profesión establecida en la salud mental que ocupa los procesos creativos de la realización de arte para mejorar y explorar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades. Está basado en la creencia de que el proceso creativo relacionado en la autoexpresión artística ayuda a la gente a resolver conflictos y problemas, desarrollar habilidades sociales, controlar el comportamiento, reducir el estrés, aumentar la autoestima y la autoconciencia, y alcanzar la introspección. (AATA, 2015).

Por otra parte, se añade la definición que Klein, Bassols, & Bonet (2008) establecen para la arteterapia:

El arteterapia, como su nombre indica, es el encuentro entre dos proyectos, uno artístico y el otro terapéutico. Se trata de un acompañamiento a personas con dificultades sociales, psicológicas, físicas, educativas, existenciales, a través de sus producciones artísticas ... de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones genere un proceso de transformación de sí misma y le ayude a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa. (Klein, Bassols, & Bonet, 2008, p. 9).

La AATA promueve el uso de la Arteterapia que persigue los beneficios terapéuticos que se pueden obtener mediante la expresión artística y su posterior reflexión por parte de las personas que padecen enfermedades, traumatismos o problemas mentales, y de aquellos que buscan su crecimiento personal. (AATA, 2015).

Historia de la arteterapia

Desde la Prehistoria, el arte se ha utilizado en las sociedades para sanar. “La finalidad terapéutica del arte ha ido ligada a la historia de la humanidad en relación a lo más instintivo” (Mallorqués, 2008, p. 30).

Mallorqués (2008) comenta que en el siglo XX, se inicia una reivindicación de los derechos del enfermo mental, cuestionando las posibilidades del arte como terapia. A finales de los años 30, el artista inglés Adrian Hill atiende con técnicas de arteterapia a enfermos de tuberculosis; mientras se consolida en el ámbito de las enfermedades mentales la actividad artística.

Durante la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos, dos artistas: Kramer (pedagoga) y Naumburg (psicóloga) introducen la arteterapia como un apoyo a niños con necesidades educativas, creando a finales de los años 50 asociaciones que inician la investigación de la efectividad de la arteterapia; se comienza a reconocer dicha terapia, creando diferentes tendencias y técnicas.

Como escribe Mallorqués (2008, p. 31), “en nuestros días la práctica arteterapéutica se extiende recuperando aquello de nosotros que se busca y se construye por instinto, a partir de esas representaciones que en el niño son espontáneas”.

La arteterapia y su aplicación en intervenciones a niños de oncología pediátrica

El Congreso de Intervención psicosocial, arte social y arte terapia (Esquembre Menor, 2012), trata el tema de cómo poder convivir con una enfermedad crónica tan compleja y trascendente como es el cáncer. “En oncología pediátrica, utilizar la Arteterapia significa facilitar un medio de expresión desde el inconsciente, un acompañamiento, una manera de convivir con la enfermedad y una posibilidad de simbolización bajo un ambiente facilitador” (Esquembre Menor, 2012, p. 2).

Es decir, durante el detonante camino que conlleva el cáncer infantil, se atraviesan momentos de severa incertidumbre, donde se debe centrar especial atención en cómo el paciente y su familia gestionan sus emociones, por lo tanto, en el siguiente apartado, se explica cómo pueden ayudar las herramientas de arteterapia a exteriorizar y manifestar el desarrollo personal por el que pasan los pacientes con cáncer.

Como se ha comentado durante el trabajo, el cáncer se acompaña de tratamientos muy agresivos, que conllevan efectos secundarios, lo cual genera en el niño con enfermedad oncológica y en su familia sentimientos de inseguridad, temor y dudas, acarreando complicadas implicaciones emocionales y psicológicas en los mismos. Por ello, “el arte como terapia busca indagar en el conocimiento interno del ser a través de las emociones estéticas y su expresión, especialmente cuando el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente” (López Fernández, 2006, p. 13).

Tal y como comentan Esquembre Menor y Pérez Revert (2012, p. 6), “la arteterapia nos da la posibilidad de hacer concreto el problema, darle forma, poderlo tocar, ver, sentir y lo más importante, nos da la posibilidad de modificarlo”. Por lo tanto, concebimos el arte como una forma de comunicación no verbal, que une el consciente y el inconsciente mediante el proceso creador de la persona. De esta forma, se traduce como un recurso que nos facilita pistas sobre los miedos, traumas y dudas que puede contener el niño de oncología pediátrica. “Su técnica se fundamenta en que todas las personas, tengan o no tengan cualidades artísticas, poseen capacidad para proyectar bajo formas visuales sus conflictos internos” (Esquembre Menor y Pérez Revert, 2012, p. 6).

La arteterapia en los hospitales ... ayuda a disminuir el desajuste emocional que la enfermedad pueda causar, a enseñar al paciente a canalizar sus sentimientos a través de la creación y a poder enfrentarlos. Mejora la comunicación y la vinculación social; facilita la relajación a través de imágenes artísticas. (López Fernández, 2006, p. 100).

Fundamentos, encuadre y fases de la arteterapia

Como escriben López Fernández y Martínez Díez en su libro *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística* (2006), la meta de la arteterapia no es el resultado último, sino el *proceso creativo* que se realiza mientras se pone en práctica esta terapia. Durante la realización de la arteterapia, tanto terapeuta como paciente deben experimentar el proceso creativo. La creación de las diversas obras debe servir para liberar y expresar el lenguaje interno de las personas.

López Fernández y Martínez Díez (2006), hacen referencia a los escritos del filósofo José Jiménez, el cual describe el *acto de crear* como un proceso con una finalidad que nos vincula expresamente con lo humano. Las obras que uno crea hablan de la persona que las realiza, son un espejo de su personalidad.

Uno de los pilares fundamentales de la arteterapia, como señalan López Fernández y Martínez Díez (2006), es que respeta al artista, no se utilizan sus obras como diagnósticos, sino que se perciben como escritos de sus experiencias. El espacio de libertad que ofrece la arteterapia es muy amplio para que las posibilidades de encontrar los límites, los bloqueos y las capacidades del autor sean conocidos por él mismo; procurando de esta forma que se conozca, se admire y se entienda a sí mismo.

Otro concepto al que Esquembre Menor y Pérez Revert (2012) le otorgan importancia es a la consideración de todas las características del *contexto* en el que se llevará a cabo la misma sesión de arteterapia; dentro de estas características se englobarían: “el marco físico, psicológico, los materiales, el tiempo y la confidencialidad, entre otros” (Esquembre Menor y Pérez Revert, 2012, p. 54).

Un factor que influye en la manera de llevar a cabo la arteterapia con los diferentes pacientes de oncología pediátrica, es su edad y su consiguiente desarrollo evolutivo (los cuales fueron explicados anteriormente). En determinadas edades, la expresión plástica es un impedimento debido al desarrollo evolutivo, por lo tanto, otro recurso que se pondrá en práctica será el *juego*.

Aparte, otro factor relevante que podría enriquecer el trabajo con el paciente es la *intervención de la familia* en el mismo, como señala Dalley, T. (1987, p. 25), “trabajar con las familias proporciona una oportunidad nada frecuente de observar cómo funciona la unidad familiar en una situación menos formalizada y menos sujeta a los mecanismos de control y a los patrones de conducta establecidos”.

Con todos estos factores tendrá que contar el arteterapeuta a la hora de establecer el escenario de confianza que presentará al paciente; ya que sin este marco de actuación, es imposible alcanzar el objetivo de que el paciente de oncología pediátrica exteriorice sus emociones y trabaje por gusto, en un ambiente que conciba seguro.

Fases del proceso arteterapéutico

En el siguiente apartado se resumen las tres *fases* que Rubin (1984) señala imprescindibles para lograr un eficiente proyecto de arteterapia con el paciente de oncología pediátrica. Son las siguientes:

- La fase *inicial*: en la que el arteterapeuta intenta vincularse con el niño, conocerlo y presentarle los materiales, instrumentos y características del proceso que se llevará a cabo.
- En la fase *intermedia* el niño puede empezar a expresar (de forma explícita o implícita) sus temores y anhelos secretos. Esta etapa puede conllevar momentos de debilidad, por lo que el arteterapeuta deberá dominar y aguantar estos desequilibrios.
- El *final* del tratamiento, lo cual conlleva una separación entre arteterapeuta y paciente, es un momento difícil que se debe regular entre ambos, para que el alejamiento no sea tan complicado.

Vínculo entre la obra, el paciente y el terapeuta.

Esquembre Menor (2012), da relevancia a generar un *lazo de confianza*, establecer un vínculo con el paciente, para así conseguir los siguientes objetivos:

- Explorar lo que es capaz de hacer, potenciar sus destrezas y aptitudes personales.
- Establecer vínculos de confianza entre el profesional y el niño.
- Fortalecer su autoestima y los ánimos mediante la creatividad.
- Crear nuevas formas de comunicación y momentos que favorezcan la reflexión, interiorización y conexión con uno mismo.
- Dominar y aceptar su nueva imagen física.
- Hacer sentir al paciente que está acompañado durante todo su proceso.

La creatividad y el juego, las bases de la arteterapia

El legado de las palabras de Winnicott D. ha sido analizado por López Fernández y Martínez Díez (2006). Las autoras exponen que desde que comienza la etapa simbólica en el niño, este se aleja de la realidad para representar sus intereses en situaciones imaginarias. “Los símbolos son el soporte de la ficción y el elemento sobre el que gira

la acción del juego” (Martínez Díez, 2006, p. 22). Que el niño trabaje con el significado de las diferentes acciones que realiza le conduce a destapar sus intereses y poder formular sus propias opiniones.

López Fernández y Martínez Díez (2006), siguiendo las palabras de Slade, escriben acerca del juego que:

El juego simbólico supone una forma activa de controlar la realidad, una nueva manera de relacionarse con las cosas, las personas y las situaciones sin el elemento de riesgo que implicaría hacerlo realmente, un andamiaje sobre el cual edificar su posterior evolución: mediante la imitación reproducen situaciones que despiertan su interés y en las cuales pueden ser protagonistas. El juego simbólico se refiere entonces a la necesidad dual de recibir apoyo y descargar agresividad. (López Fernández y Martínez Díez, 2006, p. 24).

Por lo tanto, gracias a la simbolización de los acontecimientos reales que viven los niños de oncología pediátrica, estos se transforman en juego, lo cual produce una sensación de liberar los miedos y un placer de que estos sean dominados. El juego es el medio que ayuda al niño a enfrentarse a sus angustias, ayudando a equilibrarse psicológicamente gracias a la expresión de sus inquietudes internas, llevándolas al campo de la calma.

Winnicott (1971) también escribe que el juego es básico en la forma de vida de las personas; recuerda que este juego contiene formas de pensar y distintas maneras de concebir el mundo según por quién es experimentado.

Importancia del juego en oncología infantil

Tras la observación en diferentes intervenciones realizadas a través de la arteterapia, una vez que los alumnos experimentan el sentido del arte, este les induce a la imaginación y a ampliar su campo creativo, también se produce un proceso que convierte la esencia de crear y de producir obras artísticas en jugar, en sentir placer gracias a estas prácticas y en relacionar este placer con aspectos lúdicos que atraen a los alumnos.

La importancia que le dan al juego Esquembre Menor y Pérez Revert (2012), la justifican con las palabras que subyacen de los escritos de D. Winnicott:

D. Winnicott considera el juego como el origen de la creatividad. Trata las implicaciones que conlleva la combinación entre arte y juego, relacionándolos con conceptos esenciales en la aplicación de la arteterapia como el primer uso del símbolo en el niño, la idea del objeto transicional, el espacio potencial y la importancia de la creatividad en su relación a posteriori con las experiencias culturales. (Esquembre Menor y Pérez Revert, 2012, p. 6).

El arte y el juego se corresponden, ambos responden a intereses de la persona que los practica. Así, el juego entiende la propia existencia como una creación artística, una obra de arte en continua creación y destrucción.

La función primera de la arteterapia será, primero, llevar a la persona a un estado de creatividad, hacia la apertura y confianza en sí y en el espacio terapéutico, hacia la flexibilidad y la tolerancia hacia sí y hacia los demás, hacia la capacidad de arriesgarse, de situarse en ese espacio de pérdida, desidentificación, y operaciones destituyentes que señala Fiorini –ese ‘estado de disponibilidad’- para posteriormente, realizar su creación en un espacio y tiempo suspendido. (Martínez Díez, 2006, p. 31).

Raich Brufau (2001), describe una serie de características específicas que presenta el juego en el hospital:

- Está limitado por las características físicas del recinto hospitalario. Las propias características del hospital entorpecen su desarrollo.
- Se inhibe el juego espontáneo.
- Se debe estimular al niño para que afronte su pasividad y se motive por el juego.

Teniendo en cuenta estas premisas, Valdés y Flórez (1992), señalan las fundamentales funciones del juego y actividades de ocio en el hospital y en el aula hospitalaria:

- Ayuda al niño a enfrentarse a su experiencia hospitalaria.
- Muestra juegos nuevos y/o adaptados a sus limitaciones.
- Ayuda a estructurar el tiempo en el hospital.

- Fomenta la creatividad y previene regresiones en su desarrollo.
- Reduce la ansiedad y el estrés.
- Promueve el desarrollo intelectual y social, busca la implicación de las familias.
- Ayuda a olvidar el dolor y la separación de los padres.

Contamos con posibilidades, la resiliencia

Como escriben Bengoechea Menéndez y Moreira Sánchez (2013) en sus artículos de arteterapia, “un concepto que nos puede ayudar a comprender estos procesos transformadores es el de la resiliencia” (Bengoechea Menéndez y Moreira Sánchez, 2013, p. 175). El etólogo Cyrulnik, B. argumenta en su libro cómo un niño puede volver a rehacer su vida tras sufrir una experiencia traumática. La resiliencia es definida por Cyrulnik, B. (2015) como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. “Como imaginamos, vivir una experiencia dolorosa causa un trauma, pero debemos tomarlo como una oportunidad para concienciar y reconstruir la manera del paciente de entender la vida y de actuar según sus valores” (Cyrulnik, 2015, p. 23).

La resiliencia como proceso se asocia a una adaptación y aprendizaje positivo frente a condiciones adversas. En este ámbito el pedagogo hospitalario como tutor resiliente cobra relevancia como soporte emocional y cultural, pero también como promotor del desarrollo de las potencialidades de niños, niñas y adolescentes. (Ramírez, 2011, p. 15).

Por tanto, como dicen Bengoechea Menéndez y Moreira Sánchez (2013), la resiliencia se conforma de una u otra forma según los factores que intervengan en la interacción del paciente con su entorno.

Es por ello que rescatamos en nuestra experiencia la capacidad de afrontamiento individual y de emociones positivas del ser humano, favoreciendo los vínculos afectivos, la seguridad en uno mismo y el entorno utilizando la expresión creativa y el pensamiento optimista para que aquello que podría ser una experiencia traumática se convierta en una experiencia de refuerzo y afrontamiento. (Bengoechea Menéndez, 2013, p. 175).

De esta manera, el proceso creativo puede propiciar una conexión del niño con su vida previa a la hospitalaria, haciendo que resurjan estrategias para comunicarse y expresar sus emociones mediante experiencias pasadas ilusionantes.

El arte nos permite representar y percibir la realidad interna y externa del ser humano. La actividad artística, desde un campo interdisciplinar, puede utilizarse en diferentes áreas contribuyendo a mejorar la integridad emocional y por tanto física de las personas. (Bengoechea Menéndez, 2013, p. 176).

Para lograr la mejoría del sujeto que sufre, la reanudación de su evolución psíquica, su resiliencia, esa capacidad de aguantar el golpe y retomar un desarrollo en circunstancias adversas, se necesita cuidar el entorno, actuar sobre la familia, combatir los prejuicios o sacudir las rutinas culturales, creencias indiosas en las que, sin darnos cuenta, justificamos nuestras interpretaciones y motivamos nuestras reacciones. (Cyrulnik, 2015, p. 27).

En breves palabras, se resumirían las finalidades de la Pedagogía Hospitalaria con el siguiente escrito: “El manejo del miedo, la ansiedad y la preocupación en el niño oncológico van a ser requisito fundamental para conseguir el objetivo propuesto: que la enfermedad altere lo menos posible su vida” (FEPNC, 2008, p. 48).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN ONCOLOGÍA INFANTIL

Una vez expuestos los principios en los que se sustenta la Pedagogía Hospitalaria, cómo se llevan a cabo las actuaciones en las diferentes Aulas Hospitalarias y la explicación de la terapia mediante el arte y el juego, a modo de conclusión, se comentarán diferentes aspectos a tener en cuenta a la hora de realizar una *propuesta de intervención* con niños de oncología pediátrica.

Los niños con los que se va a llevar a cabo la siguiente intervención se encuadran en el contexto del Aula Hospitalaria del Hospital Universitario Miguel Servet, de Zaragoza. Tras mis visitas a la misma he podido observar que dichos alumnos asisten al aula todos juntos, sin separaciones por grupos de edad, muchas de las actividades se realizan mediante la formación de grupos heterogéneos, independientemente de su edad, desarrollo evolutivo o competencias de aprendizaje. Esto se debe a que la mayoría de dichas actividades persiguen ofrecer a los alumnos un disfrute y un apoyo moral para sobrellevar su condición de enfermedad.

Por otra parte, como comentaron los tres maestros encargados del Aula Hospitalaria, una vez realizadas las actividades grupales, también se organizan grupos de edades próximas para llevar a cabo otras actividades en las que se cuenten con metodologías más adecuadas a los intereses y conocimientos de los diferentes grupos etarios.

Metodología

Para llevar a cabo la intervención, se utilizará una metodología que desarrolle la participación activa de todos los alumnos, que parta de sus intereses y motivaciones y les permita actuar de una forma autónoma para el desarrollo de las diferentes actividades, potenciando de esta forma sus ganas de aprender a partir de sus inquietudes personales e impulsando las relaciones sociales entre los diferentes alumnos que conforman el grupo. Como se ha ido tratando en la parte teórica de este estudio, la base del trabajo en el Aula se centra en la expresión de sus emociones mediante técnicas que promuevan la creatividad, como son la Arteterapia y el juego, y en el disfrute de los alumnos con las mismas.

Esta propuesta se realiza con el objetivo de su puesta en práctica por docentes de Aulas Hospitalarias, para ello, la intervención parte del área de Educación Artística, se

sustenta en el desarrollo de herramientas y recursos de Arteterapia que promuevan en los alumnos su expresión de las emociones mediante la manipulación de materiales artísticos y otros relacionados con el juego; es decir, la propuesta girará en torno a la combinación de juego y arte. Como señala Wood (1987):

El juego pone el mundo al alcance del niño proporcionándole el medio necesario para exteriorizar sus pensamientos y sentimientos, para experimentar con vínculos y relaciones, para hallar nuevas salidas o para asumir la experiencia pasada de un modo que pueda repetirse con seguridad. (Wood, 1987, citado en Esquembre Menor y Pérez Revert, 2012, p. 3).

Las premisas metodológicas que guiarán el trabajo de la maestra durante la intervención, para su eficiente realización de la puesta en práctica, partirán de la siguiente síntesis de las ideas metodológicas que establece la vigente Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, en el área de Educación Artística:

- Permitir a los alumnos su libre expresión mediante la producción de obras artísticas.
- Respetar sus características personales favoreciendo su participación por igual desde el plano de una escuela inclusiva.
- Promover la construcción de aprendizajes significativos partiendo de sus experiencias previas, la implicación de su propio cuerpo y la manipulación de materiales que despierten su interés.
- Estimular la creatividad mediante la improvisación y creación de obras propias, desde una perspectiva abierta y flexible del conocimiento.
- Desarrollar las capacidades de atención, memoria, habilidades manipulativas y pensamiento crítico a partir del disfrute y la percepción de las diferentes producciones artísticas.

Vinculación con el currículum

Objetivos

Objetivos generales

De acuerdo a la disposición de la actual Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, se redactan los objetivos generales de etapa, de los que se han seleccionado los siguientes para la presente propuesta de intervención para la enseñanza de la Educación Artística en Educación Primaria:

Obj.EA1. Conocer, aceptar, valorar y utilizar el propio cuerpo combinando las diferentes destrezas físicas a través de la expresión de la voz, los instrumentos y el movimiento.

Obj.EA2. Indagar en las posibilidades del sonido, la imagen y el movimiento como elementos de representación y comunicación y utilizarlas para expresar, valorar y aceptar hechos, ideas y sentimientos, contribuyendo con ello al equilibrio afectivo y a la ampliación de las capacidades relacionales y comunicativas.

Obj.EA3. Conocer y comprender a través de la expresión artística integrada la importancia de la propia imagen, fortaleciendo la aceptación de uno mismo frente a la manipulación que ejerce la sociedad de consumo y los estereotipos sociales.

Obj.EA7. Mantener una actitud de búsqueda personal y colectiva, articulando la percepción, la imaginación, la indagación y la sensibilidad y reflexionando a la hora de realizar y disfrutar de diferentes producciones artísticas, mediante la aproximación a la obra de arte como medio de recepción y transmisión de sentimientos y de ideas que despiertan la emoción estética y ayudan al desarrollo del pensamiento lógico.

Obj.EA11. Realizar producciones artísticas de forma cooperativa, combinando e integrando diferentes técnicas con una actitud responsable, asumiendo distintas funciones, demostrando una actitud de iniciativa personal y colaborando en la resolución de los problemas que se presenten para conseguir un producto final satisfactorio.

Obj.EA14. Descubrir e integrar, por medio de las experiencias artísticas desde los distintos medios de expresión, elementos y estrategias de enriquecimiento y de organización del tiempo de ocio, aumentando las capacidades perceptivas, expresivas, creativas y de iniciativa y autonomía personal.

Objetivos específicos

A continuación se exponen los objetivos específicos a partir de los cuales la maestra basará su intervención y estructuración de las dinámicas a realizar con el grupo de alumnos. Estos parten de una combinación de las ideas metodológicas y de los objetivos generales en los que se sustenta la actuación de la maestra; a partir de los mismos se establecen los contenidos y actividades que se llevarán a cabo:

- Potenciar el vínculo entre la maestra y el alumno para su comodidad en el hospital.
- Buscar y reconocer sus intereses plásticos y adaptarse a sus gustos.
- Recrear en las obras etapas y experiencias que le hagan divertirse y sonreír.
- Crear un espacio lúdico mediante la creatividad y expresión del arte.
- Motivar al alumno en la tarea mediante el juego y su interés de divertirse.
- Servir de apoyo moral a los alumnos.
- Dar significatividad a las obras de los alumnos y realizar con ellas una exposición en el hospital.
- Promover la autoimagen positiva del alumno.

Contenidos

Contenidos generales

Esta propuesta de intervención se presenta para trabajar con alumnos de oncología infantil de 6 y 7 años, los cuales son alumnos que presentan necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE), por lo tanto, basándonos en las medidas de Atención a la

Diversidad, los contenidos que se van a tomar como referencia (extraídos de nuestra vigente Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa), en los cuales se sustentan las actividades que posteriormente se describen, pertenecerán al 1º curso de Educación Primaria. Son actividades abiertas que partirán de las necesidades y motivaciones de cada alumno, por lo tanto, podrán adaptarse los contenidos (adecuándose a sus conocimientos) e incorporar materiales o técnicas, si así lo considera la maestra del aula.

BLOQUE 1: Educación Audiovisual.

Interés por descubrir diferentes formas de comunicación de la imagen.

Comunicación oral de las impresiones que la obra artística genera.

Curiosidad por descubrir las posibilidades artísticas que ofrece el entorno.

Descripción de imágenes presentes en el entorno y de las sensaciones que estas producen.

Exploración de los elementos plásticos en imágenes tales como ilustraciones, fotografías, cromos, adhesivos, logos o carteles presentes en contextos próximos.

Composiciones de imágenes con fotografías.

Manipulación de objetos cotidianos.

Elaboración del trabajo, individual o en grupo, con intencionalidad comunicativa y explorando las posibilidades de materiales e instrumentos.

BLOQUE 2: Expresión Artística.

El entorno natural, artificial y artístico: posibilidades plásticas de los elementos naturales y su uso con fines expresivos.

Experimentación de las posibilidades expresivas del trazo espontáneo y con intencionalidad sobre soportes diversos y de diferentes medidas.

Disfrute en la manipulación y exploración de materiales.
Elaboración de dibujos, pinturas, collages, estampaciones, ilustraciones, volúmenes, y plegado de formas.
Exposición del resultado y comunicación oral de la intencionalidad y propósito de sus propias obras.

Contenidos que se van a trabajar

Los contenidos a trabajar durante la propuesta de intervención se han determinado a partir de los contenidos y objetivos que describe la vigente Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, para una eficaz adquisición de las finalidades de la Educación Artística en 1º curso de Educación Primaria.

A continuación se exponen los contenidos que sustentan las sesiones de trabajo en el Aula Hospitalaria. Parten de aplicaciones educativas de la arteterapia como herramienta para trabajar las emociones con los alumnos en oncología pediátrica, mediante propuestas sustentadas en el arte y el juego, que promuevan la creatividad, otorgando de esta forma a contenidos y actividades una esencia lúdica y desarrolladora de la imaginación y del bienestar en las vidas de los alumnos.

- Conocimiento personal de uno mismo.
- Expresión de las habilidades y aptitudes personales.
- Búsqueda y acercamiento a los gustos e intereses de la persona.
- Exteriorización de emociones y sentimientos mediante creaciones artísticas.
- Conocimiento del cuerpo por técnicas de arteterapia.
- Diseño y elaboración de un autorretrato y obras plásticas.
- Reflexión sobre la vida en el hospital.
- Trabajo en grupo con técnicas de mediación para lograr un producto común.

Previsión

Para llevar a cabo la presente propuesta de intervención de la manera más significativa para los alumnos, se tienen en cuenta diversos aspectos relacionados con el contexto particular del Aula Hospitalaria. Los materiales que se presentan parten de las necesidades e intereses que muestran los alumnos. Durante su periodo de hospitalización, se intenta trabajar sus emociones desde un plano lúdico y creativo, más que los contenidos que marca el currículo de Educación Primaria debido a su estado físico y anímico, ya que es más importante y nutritivo motivarles y cultivar su felicidad para participar en actividades, relacionarse con sus compañeros y fomentar su autoestima y autonomía.

Uno de los objetivos de esta propuesta es que estas sesiones les ayuden en su día a día a enfrentarse a su enfermedad, a hacerse fuertes y a considerar a sus compañeros y maestra como figuras de apoyo para seguir luchando y para mantener su natural alegría infantil.

Aunque las actividades estén planteadas desde las capacidades de los alumnos, considerando que estos tienen habilidad para elaborar sus composiciones o crear sus obras, se pueden dar casos en los que les cueste expresar sus emociones o intereses. Por ello, se intenta fomentar la autoconfianza de los alumnos mediante una disposición activa de la maestra, figura de apoyo motivadora para su grupo, también se complementan las actividades con música para que se vean en un ambiente de confianza, y se presta atención al descubrimiento de los materiales y del Aula para que los alumnos perciban un contexto que les pertenece, un espacio en el que pueden confiar y ser ellos mismos.

Sesiones

“El dibujo vuelve visible al pensamiento” (George Orwell).

Antes de explicar las dinámicas que se van a llevar a cabo durante las sesiones, cabe destacar que se van a realizar actividades con un claro comienzo y final dentro de cada sesión, independientemente del tiempo que abarque cada una de estas. El motivo de ello es debido a que los grupos de actuación pueden estar sujetos a modificaciones, por

diferentes causas, ya sea que un alumno reciba tratamiento un día a la hora de la clase, que un componente del grupo lo abandone ya que le dan el alta u otros motivos.

Por lo tanto, para intentar alterar lo mínimo posible el trabajo y las relaciones entre los compañeros del grupo, se procurará que estas actividades comiencen y finalicen en el periodo de trabajo, aunque en la sesión posterior se reflexione brevemente sobre lo realizado en otras clases.

SESIÓN 1

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1 h. 15 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Conocimiento del espacio: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.

Materiales:

- Todos los materiales con los que cuenta la sala.
- Música.

Objetivos de la sesión:

- Conocer al grupo, las producciones que se realizarán y las técnicas que disponen.
- Concienciar al grupo de sus capacidades y habilidades.
- Indagar sobre el espacio en el que se van a desenvolver y a trabajar.
- Favorecer la integración sensorial.

Contenidos de la sesión:

- Conocimiento personal y del grupo.
- Presentación por indagación del espacio de trabajo.
- Construcción de un vínculo de confianza con el espacio físico.
- Puesta en común de sus gustos y capacidades.

Inicio de las sesiones y presentación:

La maestra se presentará y explicará al grupo de alumnos que se van a llevar a cabo unas sesiones que van a consistir en disfrutar realizando diferentes producciones artísticas y experimentando con el arte, en las que se realizarán actividades tanto individuales, como grupales. La maestra mostrará su apoyo a los alumnos y se hará ver como una figura de apoyo y de guía para ayudarles siempre que lo precisen.

Para comenzar, se les propondrá a los alumnos que hagan una breve presentación al grupo. Aunque ya se conozcan, la intención es que cada alumno cuente sus experiencias previas con la educación artística (si alguno acudía a una academia de dibujo, si le gusta pintar...). La maestra les expondrá a los alumnos todos los materiales de los que dispone el Aula (pinturas, rotuladores, cartulinas, témperas...), y posteriormente les explicará en qué consiste la actividad inicial.

Contacto con su espacio de trabajo:

Una vez que la maestra se ha presentado y los alumnos han conocido en qué consistirán estas sesiones, esta va a proponer a sus alumnos que recorran el espacio del aula hospitalaria, con la finalidad de que conozcan el contexto físico en el que se van a desenvolver y en el que van a realizar los diferentes trabajos, para lo cual es tan importante que confíen en la maestra, como en los materiales y lugares en los que van a interactuar en grupo, van a realizar sus producciones y va a ser su ambiente de trabajo.

Para ello, la maestra animará a los alumnos a que se muevan por la sala, por sus diferentes rincones, que toquen los muebles, que se sienten en los cojines, etc. Se pondrá una música que promueva la tranquilidad y la comodidad de los alumnos en este tiempo de recorrer el espacio y tocar todo con la curiosidad sana de cualquier niño de 6 y 7 años.

Finalmente, la maestra felicitará a sus alumnos por el trabajo realizado. Se parará la música y realizarán un tiempo de reflexión (en el rincón de la reflexión, provisto con sillones y alfombras para que se sientan cómodos). En este tiempo, el grupo comentará los diferentes espacios que ha observado, cuál le ha gustado más... Y, finalmente, la maestra propondrá al grupo que realicen cambios, si tienen alguna idea sobre cómo montar el Aula para sentirse más cómodos.

Al inicio de esta intervención, le he prestado importancia a un tiempo para la presentación ya que se suelen dar casos en los que los alumnos tengan la reacción de decir que ‘no saben dibujar’, que ‘no les gusta la pintura’, etc. Al dudar de sus capacidades para poner en marcha el proceso de creación, la maestra debe quitarles todo miedo reconociendo su derecho a ensayar, a buscar, a errar, trabajando con técnicas sencillas y fáciles, como las que se mostrarán a continuación.

SESIÓN 2

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Contacto y descubrimiento de los materiales: 45 minutos.
- Puesta en común y reflexión grupal: 15 minutos.

Materiales:

- Folios, cartulinas, papel de mural, cartón.
- Ceras, témperas, pintura de dedos, rotuladores, hojas, palos, pajitas de plástico, pigmentos naturales...

Objetivos de la sesión:

- Conocer los materiales de trabajo.
- Sentir que los materiales se adaptan a su trabajo y a ellos mismos.
- Fortalecer el vínculo de confianza entre maestra, alumnos, entorno y materiales.
- Favorecer la integración sensorial.

Contenidos de la sesión:

- Conocimiento personal y del grupo.
- Indagación y descubrimiento de los materiales y técnicas.
- Elaboración de producciones propias a partir para descubrir las posibilidades del material.

Continuando con las sesiones de conocimiento del espacio de trabajo y de las posibilidades del mismo, la maestra propondrá a los alumnos una actividad que consiste en conocer el material con el que se van a desenvolver.

Para ello, la dinámica de trabajo será similar a la de la primera sesión. La maestra dejará al servicio de los alumnos diferentes tipos de material (ceras, témperas, pintura de dedos, folios y cartulinas...). Pedirá a los alumnos que se sirvan e intenten explorar los materiales que más les apetezcan, en determinados momentos de la actividad, la maestra pedirá a los alumnos que cambien de materiales si ellos quieren.

Los alumnos, distribuidos en los lugares que prefieran del aula, comenzarán a crear al ritmo de diferentes músicas relajadas que dejen fluir su imaginación. Las creaciones consisten en comenzar con trazos espontáneos sobre el papel, estos mismos irán evolucionando mediante progresa la actividad y los alumnos comienzan a sentirse más afianzados y cómodos al conocer las posibilidades del material.

Finalmente, se parará la música, de forma lenta para no romper bruscamente con el ambiente de tranquilidad que se ha generado. La maestra propondrá a los alumnos realizar una reflexión grupal, en la que, si lo desean, muestren a sus compañeros sus obras y cuenten con qué materiales las han realizado, con cuáles se han sentido más a gusto trabajando y cuáles recomiendan a sus compañeros.

Con estas primeras sesiones, se pretende estimular en los alumnos su confianza con los materiales y con el espacio de trabajo y fortalecer el vínculo con sus compañeros y maestra, lo cual se va a seguir potenciando en las siguientes sesiones, a la vez que se procura que entrenen su atención y concentración y se intenta que se evadan de la vida en el hospital.

SESIÓN 3

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Realización del “Baúl de mis tesoros”: 45 minutos.
- Puesta en común y despedida: 15 minutos.

Materiales:

- Folios, cartulinas, cartones, gomitas, cajas...
- Ceras, témperas, pintura de dedos, rotuladores, etc.

Objetivos de la sesión:

- Valorar las producciones propias.
- Construir un baúl en el que guardar las mismas.
- Concebir la simbolización del baúl en el que guardar sus producciones, sabiendo que están protegidas por su maestra.
- Confiar en que ejercen control sobre sus producciones.

Contenidos de la sesión:

- Uso de diferentes técnicas para crear una obra personal.
- Diseño y elaboración del “Baúl de mis tesoros”, con su posterior decoración.
- Puesta en común y reflexión grupal.

La siguiente sesión va a consistir en que cada alumno, con ayuda de la maestra, realice una caja en la que poder guardar las producciones que vayan realizando durante las sesiones. El motivo de esta dinámica es que, ya que estos niños se encuentran la mayor parte de su día expuestos a diferentes personas que les tocan, les ponen tratamientos, etc., pueden sentir invadido su espacio personal. Por lo tanto, considero una efectiva opción que puedan guardar en su caja sus obras, ya que son suyas y les pertenecen, sintiendo de esta forma que ejercen control sobre su actividad y sobre sus

producciones, lo cual aumenta su autoestima, su confianza y su cariño y valor por las creaciones que ellos realizan.

La maestra propondrá a los alumnos la actividad, presentará los materiales: diferentes cartones con los que van a construir una caja, que será “*El baúl de mis tesoros*”. Como esta parte es algo complicada, realizarán el montaje de la caja de forma individual (será una pieza de cartón que deberán colocar y solapar para que quede con forma de caja) y la maestra ayudará si hay dificultades.

Posteriormente, pondrá a la disposición de los alumnos los materiales con los que decorar su caja y se les dejará un tiempo para poder decorarla a su gusto, ponerle recortes de revistas, completarla con hojas, palos... y dibujar lo que deseen.

Para finalizar, si los alumnos lo desean, el grupo se reunirá y mostrará sus baúles a sus compañeros, comentarán qué les gustaría guardar en esta caja y elegirán el lugar del aula en la que depositarla.

SESIÓN 4

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Actividades en folio (parejas y tríos): 45 minutos
- Actividades con plastilina en parejas: 15 minutos.

Materiales:

- Folios y cartulinas.
- Ceras, pinturas, rotuladores, celo, pegamento, plastilina.

Objetivos de la sesión:

- Realizar producciones en parejas y tríos.
- Desarrollar la imaginación y la creatividad y promover el sentido lúdico de las actividades.

- Crear una historia grupal con consenso de los miembros.
- Exponer a los compañeros su producción final.

Contenidos de la sesión:

- Trabajo grupal de creación de diferentes producciones artísticas.
- Realización de una historia grupal.
- Entrenamiento de técnicas de consenso y negociación en grupo.
- Diseño y realización de pequeñas obras, con el objetivo de crear una producción final y exponerla al conjunto del grupo.

Dinámica con el Garabato de Winnicott²

Para comenzar, la maestra comentará al grupo que en la siguiente sesión se va a realizar una actividad que necesita altas dosis de imaginación y ganas de crear. La siguiente actividad se realizará en dos sesiones (debido a su extensión), y la maestra explicará a los alumnos las diferentes variables a realizar en la primera sesión del *Juego del garabato*:

- Los alumnos se colocarán en parejas, cogerán folios de colores. Primero, un componente de la pareja realizará un garabato en el folio con pinturas o ceras, que su compañero deberá completar dándole al mismo un sentido y poniéndole un título de algo real. Se realizará la actividad cambiando las funciones y cada componente realizará cuatro producciones.

- En segundo lugar, se realizará la misma actividad en grupos de tres (como son seis niños, habrá dos grupos). Uno realiza el garabato, otro lo completa y el otro componente del trío le pone nombre y añade si quiere un paisaje de escena al dibujo.

Se irá observando progresivamente un mayor disfrute y que los alumnos pasan de dibujar a disfrutar creando. Es decir, la actividad creadora se traspa a un plano lúdico para el disfrute de los artistas.

² Esta actividad fue implementada con las alumnas de 4º curso del Grado de Educación Primaria (Facultad de Huesca, curso 2016-17) en la asignatura de Psicopatología Infantil para observar las reacciones y producciones que podían surgir.

- Se cambiará de material y trabajarán con plastilina. Se realizarán las dos dinámicas anteriores pero con plastilina: uno hace una forma y su pareja la completa, dándole un nombre. En tríos, uno hace la forma, otro la completa con sentido y otro le pone el nombre. La plastilina siempre es un recurso que atrae a los alumnos y les interesa por poder hacer formas en 3D.

Para finalizar, los alumnos guardarán sus producciones en el baúl, la maestra les pedirá que las conserven ya que las necesitarán en la siguiente sesión.

SESIÓN 5

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Inicio, calentamiento y recuerdo de la sesión anterior: 20 minutos.
- Composición de la historia (por tríos): 40 minutos.
- Exposición de la historia de cada trío y despedida: 15 minutos.

Materiales:

- Folios y cartulinas.
- Ceras, pinturas, rotuladores, celo, pegamento, plastilina.

Objetivos de la sesión:

- Consensuar en grupo los elementos de la historia a crear.
- Entrenar la imaginación y la creatividad y promover el sentido lúdico de las actividades.
- Crear una historia grupal mediante negociación de los miembros.
- Exponer a los compañeros su producción final.

Contenidos de la sesión:

- Trabajo grupal de creación de diferentes producciones artísticas.
- Realización de una historia grupal.
- Entrenamiento de técnicas de consenso y negociación en grupo.

- Diseño y realización de pequeñas obras, con el objetivo de crear una producción final y exponerla al conjunto del grupo.

La siguiente sesión está relacionada con la anterior, parte de las creaciones realizadas mediante el Garabato de Winnicott. La maestra pedirá a los alumnos que cojan las producciones que realizaron mediante el *juego del garabato* (en la sesión anterior). Se darán unos minutos para que los alumnos recuerden sus obras y las experiencias realizadas.

La maestra propondrá a los alumnos la siguiente actividad: se va a realizar una composición global en grupos de tres, en la que expongan una historia con las producciones de la sesión anterior. Les repartirá materiales como cartulinas, celo y tijeras y les pedirá que, con tranquilidad, realicen una producción global en la que, en grupos de tres, los alumnos presentarán todas sus producciones y deberán acordar qué elementos utilizar para crear una historia con aquéllas. Los dibujos y las obras de plastilina se pegarán en una cartulina, a la que se le añadirá la historia. Esta actividad lleva implícita la necesidad de que los alumnos tomen decisiones y defiendan qué prefieren en la historia, de manera autónoma y sabiendo que pueden apoyarse en el maestro para que les ayude.

Por último, se reservará el tiempo final de la sesión para que, si los grupos están de acuerdo, presenten a sus compañeros sus producciones y su historia, que comenten qué han sentido durante el proceso creativo de la misma, la lean al grupo y todos disfruten de las obras realizadas por sus compañeros.

SESIÓN 6

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Presentación de la sesión: 15 minutos.
- Realización de las producciones individuales: 30 minutos.
- Composición de la obra grupal: 15 minutos.
- Colocación en el Hospital y presentación de la exposición: 15 minutos.

Materiales:

- Folios, cartulinas y papel de mural.
- Materiales para hacer las manchas (pajitas y tinta), celo, pegamento, pinturas, etc.

Objetivos de la sesión:

- Experimentar nuevas técnicas e imaginar mundos fantásticos a partir de estas.
- Construir un mural grupal con aportaciones de todos los compañeros.
- Exponer en un lugar público su obra, dotándola de significatividad y funcionalidad.
- Comprender el trasfondo de la motivación que surge al realizar una obra para toda la sociedad.

Contenidos de la sesión:

- Trabajo con nuevas técnicas para los alumnos.
- Diseño, y elaboración de una obra creativa individual.
- Composición grupal de un producto final.
- Exposición de su trabajo a la sociedad.

Se va a realizar una dinámica en la que se van a presentar nuevas técnicas. La maestra propondrá una actividad de realización de creaciones a partir *manchas de tinta*³. Son manchas de tinta que se echan sobre una cartulina, se las escurre y sopla en distintas direcciones, por medio de pajitas de refresco. Una vez secas, se observan bien las formas que han quedado sobre la superficie, y a partir de ellas se completan por medio de témperas o rotuladores; haciendo que surjan mundos fantásticos. Cada alumno deja muestra de su inconsciente en el resultado final.

Como la explicación es algo compleja, la maestra se asegurará de que los alumnos hayan captado el sentido de la actividad haciendo un previo ejemplo de las técnicas a utilizar.

Con las creaciones individuales de cada alumno, la maestra propondrá que entre todos unan sus elementos para formar un mundo fantástico. Si los alumnos están de acuerdo, realizarán un collage en el que aparecerán todos los elementos de su mundo fantástico (que en grupo, ellos hayan consensuado). Esta obra se expondrá en el Hospital Infantil Miguel Servet, si los niños quieren, para que todos las personas que pasan por este, puedan ver sus obras, lo cual motiva a los alumnos y les hace presentes en la decoración y funcionamiento de su hospital.

Por último, si los alumnos lo desean, podrán hacerse una foto grupal con su collage en el hospital, para colgarla en su Aula y tenerla para ellos, como un bonito recuerdo.

³ La actividad “Crear a partir de manchas”, se encuentra disponible en el libro *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*; p. 161 (2006).

SESIÓN 7

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Calentamiento y presentación de la obra de Frida Kahlo: 15 minutos.
- Realización en parejas del contorno de la figura y esquema corporal: 15 minutos.
- Realización individual del autorretrato: 35 minutos.
- Reflexión y puesta en común de las producciones: 10 minutos.

Materiales:

- Recursos para exponer la vida y obra de Frida Kahlo (proyector, imágenes...).
- Soporte de papel de dimensiones adecuadas para realizar el contorno del cuerpo.
- Ceras, témperas, lápiz, pinturas, rotuladores...

Objetivos de la sesión:

- Conocer la obra de una artista relevante y su motivadora historia personal.
- Crear una conciencia y conocimiento del propio cuerpo.
- Diseñar un autorretrato.
- Favorecer la conciencia corporal.

Contenidos de la sesión:

- Conocimiento de Frida Kahlo.
- Conocimiento del propio cuerpo y trabajo con el mismo.
- Diseño y elaboración de un autorretrato.

Como inicio de la sesión, la maestra presentará la siguiente actividad a partir de la exposición de obras y características de la famosa y revolucionaria artista Frida Kahlo⁴, se realizará una breve reflexión en la que los alumnos puedan expresar qué les llama la atención de los cuadros de la artista.

La maestra comentará que les presenta a Frida ya que es una persona que, pese a sus problemas de salud y limitaciones físicas, gracias a un gran proceso de resiliencia, siguió adelante y se convirtió en una de las pintoras más revolucionarias del arte.

A partir de la obra de Frida Kahlo, los alumnos van a trabajar la conciencia corporal y el autorretrato. Para ello, en primer lugar, se organizarán por parejas: un miembro se colocará en la posición que prefiera encima de un papel de su tamaño, y su compañero dibujará su contorno alrededor del cuerpo. Se realiza la misma actividad al revés. Por último, si quieren, podrán tomar una foto de la producción final, para sentirse espectadores de su obra y observarla en pequeñas dimensiones.

Una vez que han realizado el contorno de su cuerpo. Van a realizar un autorretrato, motivados por las obras de Frida (de las que se resaltan los autorretratos), la maestra dará una serie de indicaciones y ayudará a los alumnos si no saben cómo dibujarse a ellos mismos. Posteriormente, podrán decorarlo con las técnicas y materiales que ellos prefieran, pudiéndose apoyar en el estilo de Frida Kahlo que han visualizado durante la sesión.

Para finalizar, si así lo desean los alumnos, podrán ponerse en común los sentimientos que han exteriorizado al realizar un repaso de su cuerpo y pintar su autorretrato. Los dibujos podrán ser comentados con sus compañeros y contar por qué han considerado dibujarse de tal forma.

⁴ La motivación por realizar la siguiente actividad ha surgido a partir de la lectura e indicaciones que explica Martínez (2009), en su libro *Posibilidades de ser a través del arte: Frida Kahlo: propuesta didáctica*.

SESIÓN 8

Lugar de intervención: Aula Hospitalaria (Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

Grupo: 6 alumnos de edades de 6 y 7 años. (Referencia: 1º Educación Primaria).

Temporalización: 1h. 15 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Composición de la obra: 45 minutos.
- Reflexión y puesta en común de las dramatizaciones: 15 minutos.

Materiales:

- Objeto personal simbólico de cada alumno.
- Recursos para crear y escenificar la obra.

Objetivos de la sesión:

- Conocer intereses y gustos de los compañeros mediante su objeto.
- Compartir experiencias con su grupo para crear la historia.
- Desarrollar técnicas de negociación y consenso en grupo para producir la obra.

Contenidos de la sesión:

- Conocimiento personal y del grupo.
- Negociación y consenso grupal para producir una obra.
- Reflexión y puesta en común de las producciones grupales.

En la siguiente sesión, se les va a proponer a los alumnos practicar la técnica de la dramatización⁵. En la sesión anterior, la maestra les pidió que trajeran un objeto simbólico e importante para ellos y que consideren que puede servir de pretexto a sus compañeros para crear una historia compuesta por dos grupos de tres alumnos.

⁵ La idea de esta actividad ha surgido a partir de la lectura de técnicas de arteterapia propuestas en el libro *Arteterapia. La creación como proceso de transformación* (Klein, Bassols y Bonet, 2008, p.92).

En primer lugar, la maestra anima a sus alumnos a que expongan los objetos, a que cuenten por qué son importantes para ellos y por qué los han escogido. Cada grupo elige uno (todos los grupos pueden escoger también el mismo objeto).

La consigna de la actividad parte de que cada alumno escoja un objeto que le sugiera una imagen, para trabajar la posterior historia. La maestra comentará que cada grupo dispone de 20 minutos para poner en común las ideas individuales que les sugieran los objetos, a partir de lo cual formarán una pequeña historia. Cada grupo decide el espacio en el que se va a realizar su historia para luego dramatizarla. La maestra siempre actuará como guía y apoyo de los alumnos, propondrá ideas en caso de que estos lo necesiten.

Esta propuesta puede ser interesante ya que los alumnos tienen que trabajar en grupo y consensuar con sus compañeros todos los elementos de la historia. Se podrá resaltar la riqueza de las creaciones grupales que se construyen sobre la base de la capacidad de expresión individual a partir de la escucha de sus propias sensaciones y vivencias, pero sobre todo a partir de la capacidad de comunicar entre ellos esas vivencias.

Esta es una de las vías que posibilita que el proceso creador salga a flote: al provocar y arriesgar, manipular elementos significativos para los alumnos que ayuden a los alumnos a vivenciar y compartir sus experiencias con esos objetos que faciliten la creación de una historia, removiéndolo y enriqueciendo sus propias vivencias en la vida real.

Con esta actividad, la maestra pondrá fin a su propuesta de intervención. Se realizará una despedida grupal y significativa para los alumnos, que podrán guardar en su ‘baúl de los tesoros’ en el que habrán guardado valiosos recuerdos realizados por ellos mismos.

Temporalización

La propuesta de intervención que se presenta para los alumnos de oncología pediátrica del Aula Hospitalaria del Hospital Infantil Miguel Servet, para 1º curso de Educación Primaria se va a desarrollar durante ocho sesiones en un mes. Se realizarán dos sesiones semanales en 1 hora y 15 minutos, durante un mes.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SEMANA 1		Sesión 1 (1h15m)		Sesión 2 (1h15m)	
SEMANA 2	Sesión 3 (1h15m)		Sesión 4 (1h15m)		
SEMANA 3		Sesión 5 (1h15m)			Sesión 6 (1h15m)
SEMANA 4	Sesión 7 (1h15m)			Sesión 8 (1h15m)	

FASE INICIAL	Sesión 1: presentación y conocimiento del espacio.	Sesión 2: conocimiento del grupo y de los materiales de trabajo.	Sesión 3: creación del <i>Baúl de mis tesoros</i> .
FASE INTERMEDIA	Sesión 4: dinámica del <i>Juego del garabato</i> (Garabato de Winnicott)	Sesión 5: continuación del <i>Juego del garabato</i> , producción de una historia.	Sesión 6: creación de <i>Mi mundo imaginario</i> con la técnica de manchas de tinta.
FINAL DEL TRATAMIENTO	Sesión 7: La obra de Frida Kahlo. Trabajo de la conciencia corporal y creación de autorretrato.		Sesión 8: Creación de una historia con un objeto importante y representación mediante dramatización. Despedida.

Evaluación

Tal y como dicta la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, para realizar la evaluación se expondrá una relación de los contenidos a trabajar con los estándares de aprendizaje evaluables que el alumno deberá manejar para superar la asignatura. Como en esta propuesta se trabaja con alumnos que presentan Necesidades Educativas Especiales, estos estándares podrán estar sujetos a modificaciones si la maestra así lo considera necesario para su éxito y afianzamiento de los contenidos a trabajar.

Se expone a continuación una tabla que relaciona los contenidos ya nombrados, con los estándares que se utilizarán para la valoración de su comprensión por parte del alumno y su consecuente relación con las competencias clave que se trabajan con las actividades de la propuesta.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	COMPETENCIAS CLAVE	ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE
Crit.EA.PL.1.2. Nombrar características sencillas de imágenes fijas y en movimiento en contextos culturales próximos siendo capaz de componer imágenes sencillas.	CCEC CCL CD CMCT CAA	Est.EA.PL.1.2.2. Identifica con ayuda del profesor diferentes formas de comunicación de la imagen. Est.EA.PL.1.2.5. Realiza murales y carteles utilizando diferentes técnicas plásticas (collage, manchas, trazo espontáneo,...)
Crit.EA.PL.2.1. Aprender distintos tipos de líneas como reflejo de un lenguaje plástico adecuado.	CCEC CAA	Est.EA.PL.2.2.2. Conoce los colores primarios y realiza sencillas composiciones plásticas con ellos. Est.EA.PL.2.2.3. Realiza obras sencillas con mezclas y manchas de color con diferentes tipos de pintura siguiendo las instrucciones
Crit.EA.PL.2.2. Representar de forma personal acciones valiéndose de los	CCEC CCL	

elementos que configuran el lenguaje visual.	CIEE	del profesor.
	CMCT	Est.EA.PL.2.3.1. Conoce las posibilidades expresivas del trazo espontáneo sobre soportes diversos.
Crit.EA.PL.2.3.Realizar producciones plásticas, individualmente, siguiendo pautas elementales.	CIEE	Est.EA.PL.2.3.2. Aprende habilidades para realizar actividades en equipo en el aula.
	CAA	
	CSC	
	CCL	
	CCEC	Est.EA.PL.2.3.3. Expresa de forma sencilla el propósito de sus trabajos con ayuda del profesor.

CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

En lo que respecta al *marco teórico* de este estudio, destaco unas conclusiones con las que pretendo sintetizar lo que supone la severidad de una enfermedad crónica en la infancia, en concreto, el cáncer infantil, y cómo pueden los docentes, desde el contexto del aula hospitalaria, ayudar y apoyar a los niños y niñas que se enfrentan a ello:

- El cáncer en la infancia conlleva un largo proceso en el que intervienen múltiples hospitalizaciones, severos tratamientos y factores secundarios a corto y largo plazo provocando secuelas cognitivas, sociales y psicológicas.

- La Pedagogía Hospitalaria se integra en el sistema educativo en 1982, con la instauración de la LISMI. Desde entonces se ha procurado ir ampliando los campos de actuación en Aulas Hospitalarias y la formación de los profesionales que en ellas intervienen; se trata de una rama de la educación especial que, en mi opinión, se debe seguir desarrollando desde una perspectiva que promueva la concienciación de la importancia de la educación a niños hospitalizados, conociendo de forma más explícita este campo de actuación.

- La principal función del pedagogo de Aula Hospitalaria es mantener y favorecer el desarrollo emocional del alumno, ayudarlo a sobrellevar su condición de enfermedad y reforzar su autoestima y confianza en él mismo, en el docente y en sus compañeros.

- La continuación de la educación durante el periodo de hospitalización del niño es básica para no desvincularle de su proceso de enseñanza – aprendizaje, para mantener activos sus componentes cognitivos y para entrenar su memoria y atención.

- La función lúdica de la educación destaca por encima de la enseñanza de meros contenidos curriculares en el Aula Hospitalaria, debido al estado del alumno de oncología pediátrica, se pretenden fomentar en el Aula sus relaciones sociales y el desarrollo de herramientas que le ayuden a sobrellevar la enfermedad y a preservar su natural alegría infantil.

- La arteterapia cuenta con herramientas que el docente (aunque no sea un profesional arteterapeuta) puede desarrollar para poner en práctica en el contexto del Aula Hospitalaria, para entrenar en los alumnos su creatividad y, por medio de esta, realizar dinámicas y terapias que combinen el arte y el juego, dotando a la educación de un carácter lúdico.

Para finalizar, se recogen unas breves opiniones sobre la *propuesta de intervención* en Aulas Hospitalarias para alumnos de oncología pediátrica:

- Las herramientas de arteterapia pueden ayudar a impartir sesiones de Educación Artística, haciendo de esta un área curricular lúdica que potencie en los alumnos su autoconfianza y les apoye en su proceso de hospitalización.

- Es importante tener en cuenta la pretensión de que las actividades programadas comiencen y finalicen durante la sesión establecida, para poder realizar el trabajo en su conjunto. La maestra se ha de mostrar en todo momento como una guía de los alumnos, también debe mostrar su apoyo y motivar a los alumnos para que la realización de las diferentes actividades sea significativa.

- El sentido último de esta propuesta es que los alumnos se diviertan durante la creación de sus obras, aprendan de sus compañeros y convivan en grupo; los alumnos se

han de ver como sujetos activos de la sociedad y no como personas en condición de enfermedad.

Por último, cabe destacar que la importancia que le atribuye la Administración Educativa a la Pedagogía Hospitalaria es escasa. Me gustaría concluir este estudio destacando el valor que se merecen los profesionales y voluntarios que se esfuerzan para que la vida de estos niños sea provista de la mejor calidad social, educativa y personal; sin, ninguna duda cabe, quitar prestigio a todos los niños y niñas que se enfrentan diariamente al cáncer, al dolor que este provoca, a la severidad de sus tratamientos y a los efectos secundarios que el mismo acarrea.

Como valoración personal final me gustaría dejar constancia de que no ha sido fácil realizar este estudio, debido a la escasez de bibliografía que existe de este tema, en nuestro idioma. Por otra parte, destacar que esta investigación sobre la arteterapia y la pedagogía hospitalaria me ha motivado a seguir aprendiendo sobre ambos temas, ya que, como he explicado, se necesitan profesionales cualificados y en continua formación que luchen por una educación inclusiva y de calidad para todos los niños y niñas de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AATA, A. A. (2016). *American Arttherapy Association*. Recuperado el Octubre de 2016, de <http://arttherapy.org/>: <http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf>
- Abel, F. et al. (1997). El servicio de Orientación y Planificación Familiar del Hospital San Juan de Dios de Barcelona desde sus comienzos. *Labor Hospitalaria*, 161-178.
- Alonso Tapia, J. (1997). *Motivar para el aprendizaje*. Barcelona: Edebé.
- Anderson, D.M., Rennie, K., & Ziegler, R. (31 de Octubre de 2001). *Medical and neurocognitive late effects among survivors of childhood central nervous system tumors*. Obtenido de [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(20011115\)92:10%3C2709::AID-CNCR1625%3E3.0.CO;2-D/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(20011115)92:10%3C2709::AID-CNCR1625%3E3.0.CO;2-D/full)
- Apter, A., Farbstein, I., & Yaniv, I. (2003). *Psychiatric aspects of pediatric cancer*.
- Asociación de padres de niños con cáncer de Bizkaia, UMEEKIN (2014). *Federación Española de Padres de Niños con Cáncer*. (U. e. Departamento de Educación, Ed.) Obtenido de Educar a niños y niñas con cáncer: Guía para la familia y el profesorado: http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_escu_inc/adjuntos/16_inklusibitatea_100/100004c_Pub_EJ_guia_cancer_c.pdf
- Barrena, S. (2007). *La razón creativa: crecimiento y finalidad del ser humano según Charles Sanders Peirce*. Madrid: Rialp.
- Baysinger, M. H. (1993). A trajectory approach for education of the child/adolescent with cancer. *Journal of pediatric oncologic nursing*, 133-138.
- Bengoechea Menéndez, C., & Moreira Sánchez, C. (2013). Un camino de posibilidades. Experiencias artísticas en una unidad de oncología pediátrica. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 8, 169-190.
- Caballero Soto, A. M. (Enero-Junio de 2007). El aula hospitalaria un camino hacia la educación inclusiva. *Investigación Educativa*, 11(19), 153-161.
- Carta Europea a la atención educativa de los niños y adolescentes, aprobada en la asamblea general de la Asociación HOPE (2000).
- Carta Europea del Derecho del Niño Hospitalizado, Parlamento Europeo (1986).

- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos: la resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dalley, T. (1987). *“El arte como terapia”*. Barcelona : Heder.
- Declaración de los Derechos del niño, niña o joven hospitalizado o en tratamiento de América Latina y el Caribe en el ámbito de la educación. Brasil (2009).
- Eiser, C., Vance, Y., & Hill, J. (Octubre de 2000). *Examining the Psychological Consequences of Surviving Childhood Cancer: Systematic Review as a Research Method in Pediatric Psychology*.
- FEPNC. (2008). *cancerinfantil.org*. (F. E. Cáncer, Ed.) Obtenido de Psico-oncología pediátrica: valoración e intervención: http://cancerinfantil.org/wp-content/uploads/Libro-psicooncologia-FEPNC_X1a.pdf
- Fernández Hawrylak, M. (2000). *La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. Tabanque*, 139-149.
- Fernández, M. (1999). *La orientación familiar en el contexto hospitalario*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca. Facultad de Educación.
- Grau A., M. J. (2000). *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- González-Simancas & Polaino. (1991). *La pedagogía hospitalaria en la actualidad, Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Nancea.
- Gutiez, P. (2013). *UCM. Pedagogía hospitalaria, cursos de formación al profesorado*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/ftartera/2013-1-bloquei-29262514>
- Hays, R. M., Valentine, J., & Haynes, G. (5 de Junio de 2006). *The Seattle Pediatric Palliative Care Project: Effects on Family Satisfaction and Health-Related Quality of Life*. Obtenido de <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/jpm.2006.9.716>
- Klein, J. P., Bassols, M., & Bonet, E. (2008). Introducción. El arteterapia y las mediaciones artísticas. En J. P. Klein, M. Bassols, & E. Bonet, *Arteterapia. La creación como proceso de transformación* (págs. 9-13). Barcelona: OCTAEDRO.
- Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982 de 7 de abril), Madrid: Boletín oficial del Estado (1982).
- Ley Orgánica 2/2006 de Educación, Madrid: Boletín Oficial del Estado (2006).

- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, Madrid: Boletín oficial del Estado (2013)
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Navarra : Eunate.
- López Fernández, M. & Martínez Díez, N. (2006). *Arteterapia, conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: TUTOR.
- Mallorqués, E. B. (2008). Historia de la arteterapia. Desde el campo artístico. En M. B. Jean-Pierre Klein, *Arteterapia. La creación como proceso de transformación* (págs. 25-34). Barcelona: OCTOEDRO.
- Martín, Calleja & Navarro, 2009 (2009). Capítulo 1, la naturaleza humana en la psicología del desarrollo. En *Psicología del desarrollo para docentes*. Pirámide.
- Menor, C. & Pérez Revert, M. (2012). Arteterapia y oncología pediátrica: *Imágenes de la incertidumbre, una manera de convivir con la enfermedad*. In: *Congreso internacional de intervención psicosocial, arte social y arteterapia*. Murcia.
- Ortiz González, M. C. & Grau, C. (2000). *Pedagogía de la pedagogía Hospitalaria en un marco de la escuela inclusiva*. Málaga.
- Palomo del Blanco, M. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Parsons, S. & Brown, A. (1998). Evaluation of quality of life of childhood cancer survivors: A methodological conundrum. *Pediatric Blood & Cancer*, 30, 46-53.
- Piaget, J. (1926). *La representación del mundo en el niño* (Décima edición, 2007). Madrid: Morata.
- Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, Madrid: Boletín Oficial del Estado (1995).
- Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, Madrid: Boletín oficial del Estado (1996).
- Rubin, J. (1984). *The art of Therapy*. New York: Brunner.
- Rumeu, O. L. (20 de Noviembre de 2015). *El niño enfermo y su derecho a la educación*. Universidad de Navarra. Recuperado el Agosto de 2016, de <http://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detalle-opinion2/2015/11/20/el-ni%25C3%25B1o-enfermo-y-su-derecho-a-la-educacion?articleId=7925330>

- Salcedo Melo, C. M., & Chaskel, R. (2012). Impacto psicosocial del cáncer en niños y adolescentes. *CCAP*, 8(3).
- Serradas, M. (2002a). *El Aula hospitalaria como reductor de la ansiedad del niño hospitalizado*. Recuperado el Septiembre de 2016, de La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300005
- Serradas, M. (2002b). *La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Salamanca. Facultad de Educación.
- Serrano, J. (1980). *Psicología del niño enfermo*. Montevideo: Delta.
- Soler, M. (1996). *Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer*. Obtenido de <http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/index.html?200520>
- UNESCO (2005) *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/inclusive-education>
- Urmeneta, M. (Junio de 2011). Aulas hospitalarias: una educación singular. *Aula de innovación educativa*.(202), 10-28.
- Valle, M. & Villanezo, I. (Octubre de 1993). El niño enfermo de larga duración no hospitalizado. La Pedagogía Hospitalaria en la actualidad. Una propuesta de intervención. *Libro de conferencias, comunicaciones e informes de las V Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*, págs. 143-145.
- Voli, F. (2004). *Sentirse bien en el aula*. Madrid: PPC.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.
- Zeltzer, L. (15 de Mayo de 1993). *Cancer in adolescents and young adults psychosocial aspects. Long-term survivors*. Obtenido de [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19930515\)71:10+%3C3463::AID-CNCR2820711753%3E3.0.CO;2-B/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19930515)71:10+%3C3463::AID-CNCR2820711753%3E3.0.CO;2-B/pdf)