



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
GUADALAJARA

"ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO MEDIO
DE REHABILITACION PARA NIÑOS
HOSPITALIZADOS"

MARIANA MENDEZ VILLANUEVA

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA CON RECONOCIMIENTO
DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS DE LA SECRETARIA
DE EDUCACION PUBLICA, SEGUN ACUERDO
NUMERO 871125 CON FECHA 18-III-87.

ZAPOPAN, JAL., DICIEMBRE 1991.

826
adults

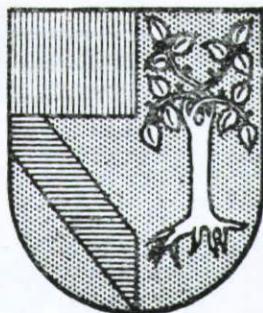
RECEIVED

NOV 19 1964

LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

CLASIF: _____
ADQUIS: 90262
FECHA: 01 JUN 103
DONATIVO DE _____
\$ _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA
GUADALAJARA.

**“ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO MEDIO
DE REHABILITACION PARA NIÑOS
HOSPITALIZADOS”**

MARIANA MENDEZ VILLANUEVA

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA CON RECONOCIMIENTO
DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS DE LA SECRETARIA
DE EDUCACION PUBLICA, SEGUN ACUERDO
NUMERO 871125 CON FECHA 18-III-87.**

ZAPOPAN, JAL., DICIEMBRE 1991.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

GUADALAJARA

PROLONGACION CALZADA CIRCUNVALACION PONIENTE No. 49

CD. GRANJA

45010 ZAPOPAN, JAL.

TELS. 21-59-96, 21-09-97 Y 22-53-35

DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACION

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes Profesionales y después de haber analizado el trabajo de titulación en la alternativa TESIS titulado ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO MEDIO DE REHABILITACION PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS presentado por usted, le manifiesto que reúne los requisitos a que obligan los reglamentos en vigor para ser presentado ante el H. Jurado del Examen Profesional, por lo que deberá entregar diez ejemplares como parte de su expediente al solicitar el examen.

A t e n t a m e n t e .

EL PRESIDENTE DE LA COMISION

Zapopan, Jal. 04 de diciembre de 1991.

A mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente; formándome y enseñándome a luchar siempre y en todo para conseguir las metas propuestas.

A mis hermanos que supieron estar cerca brindándome su apoyo.

A mis profesores que me transmitieron la ciencia adecuadamente.

A mis amigos y compañeros con quienes pude contar en el momento que los necesitaba.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. LA INFANCIA	6
1.1 Concepto	7
1.1.1 Generalidades	7
1.1.2 Características	9
1.1.3 Etapas	14
1.2 Características de la edad escolar	18
1.2.1 Relación con el ambiente	18
1.2.2 Noción de tiempo y espacio	19
1.2.3 Pandillas y amigos	20
1.2.4 Competividad	21
1.2.5 El juego	23
1.3 Actividades habituales del niño escolar	24
1.3.1 Niño de 7 años	24
1.3.2 Niño de 8 años	25
1.3.3 Niño de 8 y 9 años	27
1.3.4 Niño de 9 años	28
1.3.5 Niño de 10 años	29
1.3.6 Niño de 11 y 12 años	30
1.3.7 Actividades para educar	31
CAPITULO II. EL JUEGO	34
2.1 Concepto	35
2.1.1 División del juego por Piaget	37
2.1.2 Función diagnóstica del juego	39
2.1.3 Características del juego	39
2.1.4 Valores del juego	41
2.2 Influencia en el desarrollo del niño	42
2.2.1 Físico	42
2.2.2 Intelectual	43
2.2.3 Crecimiento cognoscitivo	44
2.3 Aspectos del juego	45
2.3.1 Psicológico	45
2.3.2 Antropológico	47
2.3.3 Educativo	47
2.3.4 Etico	50
2.4 Terapia de juego	51
2.5 Materiales que se sugieren para el cuarto de juego y terapia	54
2.6 Categorías del juego	56
2.6.1 Juegos sensoriales	57
2.6.2 Juegos motrices	58
2.7 Actividades recreativas	60

2.7.1	Teatro educativo	60
2.7.2	Teatro para niños	61
2.7.3	Carácteres del teatro formativo	63
2.7.4	Dibujo	65
2.7.5	Cuento	66
2.7.6	Pintura	66
2.7.7	Cine	67
CAPITULO III. EL NIÑO ENFERMO		69
3.1	Naturaleza del término enfermedad	70
3.2	Dolor	73
3.2.1	El hombre ante el dolor	76
3.3.	Estado anímico	81
3.3.1	Pesimismo	82
3.3.2	Tristeza	85
3.3.3	Melancolía	86
3.3.4	Aburrimiento	89
CAPITULO IV. EL NIÑO ENFERMO HOSPITALIZADO		91
4.1	Mundo extraño	92
4.2	Sentimientos, sensaciones y reacciones que acompañan al dolor	93
4.2.1	Agitación	93
4.2.2	Ansiedad y angustia	93
4.2.3	Pesimismo, tristeza, melancolía	97
4.2.4	Temor	98
4.2.5	Depresión	99
4.3	Alternativas de apoyo	101
4.3.1	En relación a la angustia y ansiedad	101
4.3.2	En relación al temor	101
4.3.3	En relación a la tristeza	102
4.4	Consecuencias más frecuentes de la hospitalización de un niño	103
4.4.1	Enuresis	103
4.4.2	Alteraciones de sueño	106
4.4.3	Alteraciones en el ánimo	107
4.4.4	Anorexia	108
CAPITULO V. PROGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS		110
5.1	Programa realizado en un hospital del sector salud	111
5.1.1	Justificación	111
5.1.2	Objetivos	112
5.1.3	Actividades	113
5.1.4	Recursos	114
5.1.5	Universo	115
5.1.6	Límites	115

5.1.7	Evaluación	116
5.2	Resultados del programa realizado en un hospital del sector salud	117
5.3	Programa propuesto	118
5.3.1	Justificación	118
5.3.2	Objetivos	120
5.3.3	Actividades	122
5.3.4	Tiempo	126
5.3.5	Recursos	127
5.3.6	Universo	130
5.3.7	Seguimiento	130
	CONCLUSIONES	132
	ANEXO	136
	GLOSARIO	137
	BIBLIOGRAFIA	143

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La enfermedad es un fenómeno que sufren todos los seres vivos, pero el hombre es el ser que la padece con mayor profundidad, y como consecuencia es el que más queda afectado. El hombre vive la enfermedad como una realidad sensible, afectiva y cognoscitiva; es el único ser que se puede apropiarse de la enfermedad, la hace suya, y en último término, le puede dar sentido o no; el hombre como un ser material y espiritual, es un ser capaz de sufrir y por medio de este sufrimiento alcanzar la perfección plena en cuanto ser participado, convertir ese sufrimiento en una ayuda para identificarse con el Ser.

Partiendo de la premisa anteriormente expuesta, se ha visto la posibilidad de aplicar los conocimientos de la pedagogía al campo de la medicina, aunque para dicho efecto se encontró la dificultad del escaso desarrollo que este tema tiene en la actualidad: existe una reducida bibliografía y lleva pocos años su investigación. Al palpar esta realidad decidí emprender un estudio en el que se demostrará que las actividades recreativas son un medio de rehabilitación para los niños hospitalizados, no tanto por las actividades mismas, sino por la terapia ocupacional que le lleva a no centrarse en sí mismo. Siendo este el objetivo que me propuse demostrar en el presente trabajo.

Para llegar a cumplir la meta propuesta, primero analicé el sujeto al que se aplicarán las actividades mencionadas, y en particular al niño enfermo y al niño enfermo hospitalizado. Posteriormente estudié lo que es el juego y un programa de actividades lúdicas, y en base a esto hice una propuesta de un programa de actividades recreativas.

La investigación está basada en fuentes bibliográficas y en la experimentación a través de un programa de ludoterapia que se aplica en un hospital del sector salud; estudiándolo todo desde el punto de vista antropológico, pedagógico, psicológico y médico, se obtuvo una información completa. A continuación daré un bosquejo de las principales ideas que se desarrollarán a lo largo de la tesis.

El niño al padecer alguna enfermedad -como todo hombre pero en diferente grado- le ocasiona un desequilibrio físico, mental y emocional; lo cual muchas veces lo lleva a cambiar sus motivaciones y sus valores. Es ahora cuando el cuerpo está muy presente en la conciencia, cuando antes el niño apenas se daba cuenta de que existía. Se ven influenciados por una baja en su estado de ánimo que les hace ser vulnerables en su carácter.

Si además de la enfermedad, tiene que ingresar en un hospital; ya sea porque los tengan que internar o porque requieran de un tratamiento y vayan con cierta periodicidad, se encuentran con un mundo extraño para ellos: los separan de sus familias, sufren físicamente, les impiden moverse o jugar como

ellos lo hacían, etc., todo esto es una experiencia traumática para el niño, lo cual puede producir distintas reacciones en él: inhibición, agresividad, depresión, temor... que no le permite mejorar rápidamente de su enfermedad.

Por lo tanto, hace falta la diversión, la alegría, el relajamiento de tensiones y, en último término, el esparcimiento del niño hospitalizado. Porque al faltar el esparcimiento puede caerse en un aburrimiento prolongado que hace que el niño enfermo se vaya entristeciendo, ya no lucha por mantenerse ocupado y toma una actitud pasiva e indiferente ante lo que antes le causaba gozo y alegría. Se reconcentra en su mal y se incapacita para extraer de su situación cualquier bien. En tal estado, la recuperación de su salud se hace más difícil y larga.

De lo anterior se deriva que las actividades recreativas consigan que esas horas libres que tienen los niños hospitalizados después de sus visitas estén absolutamente ocupadas.

Como consecuencia de la hospitalización, las interacciones entre el niño, su medio físico y social se alteran. El niño debe integrarse a un nuevo sistema, lo que origina una fuente importante de conflictos y tensiones. Las secuelas que deja la hospitalización de un niño, son

alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo. Estas alteraciones psicopatológicas influyen al proceso de la enfermedad física, haciendo más difícil todavía el tratamiento clínico del pequeño paciente.

CAPITULO I

LA INFANCIA

CAPITULO I. LA INFANCIA

1.1 CONCEPTO

1.1.1 Generalidades

En tiempos anteriores se creía que las funciones psíquicas del niño eran iguales a las del adulto cualitativamente, que sólo era necesario ponerlas en una escala cuantitativa para poderlas diferenciar si se trataba de un niño, adolescente, adulto o de un anciano.

Esta idea fue más fácil aceptarla en el aspecto somático que en el psíquico, pues por medio de la observación el hombre puede detectar o advertir los cambios físicos que se dan en las diferentes fases a lo largo del desarrollo del hombre y reconocer la diferencia física entre una edad y otra. Pero no tomaron en cuenta que estos cambios físicos son la manifestación externa de profundos cambios funcionales.

Hoy en nuestros días, gracias a estudios profundos acerca de la infancia, se habla de ésta como una fase con individualidad propia dentro de la vida humana.

"Sin embargo, es preciso no llevar demasiado lejos la afirmación de que el niño posee características somático-psíquicas propias, porque si es evidente que el niño no es una simple reducción del adulto, no es menos cierto que no es específicamente distinto. Al considerar al niño como un ser con estructura propia se cae en el peligro de romper la unidad del proceso evolutivo humano". (1)

Por lo tanto es necesario considerar la infancia como una fase de la vida humana que sigue un proceso evolutivo. No debe considerarse a la vida humana como una suma en la que los sumandos: período embrionario, infancia, adolescencia, juventud, adultez y senectud, se traten independientemente uno del otro, sino que es un proceso en el cual una fase conlleva a las anteriores y en potencia a las posteriores.

"El término infancia, del latín "infantia", comprende en sentido estricto, ese primer período de la vida humana que se inicia con el nacimiento y finaliza hacia los 7 años de edad; pero si le consideramos con un criterio amplio, se extiende al subsiguiente de la niñez o puericia, y puede llegar, generalmente, hasta que se cumplen los 12 o 14 años de edad".

(2)

(1) PEINADO ALTABLE, J., Paidología. p. 140

(2) ABAD PEREZ, Antolín, et al. Gran Enciclopedia Rialp. Tomo 2, p. 687

"Niñez es el período del desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la pubertad (12 a 13 años, aproximadamente). Se suele reservar este término para designar sólo aspectos biológicos de esta fase, mientras que, generalmente, se emplea la palabra infancia, en sentido más amplio, para referirse tanto a los aspectos fisiológicos como psicológicos de esta edad." (3)

1.1.2 Características

a) Plasticidad:

La infancia tiene una función biológica de gran importancia que la hace ser necesaria dentro del proceso de desarrollo del ser humano, esta función es la plasticidad que permite una plena evolución de todo lo que el niño encierra como posibilidad.

Diríamos siguiendo a Carlota Bühler, que "...es la fase expansiva por excelencia". (4)

La plasticidad es la capacidad de cambio o de adquisición de nuevas conductas como respuesta a las modificaciones del ambiente. La evolución filogenética se caracteriza por un aumento en la plasticidad del sistema nervioso en detrimento del bagaje de conductas

(3) ABAD CAJA, Julián, et al. Diccionario de las Ciencias de la Educación. Tomo 2, p. 1021

(4) PEINADO ALTABLE, J., op. cit. p. 141

genéticamente determinadas (instintos, pautas fijas de conductas, etc.). A mayor complejidad estructural en los seres vivos, mayores capacidades de plasticidad. Así, el hombre es el ser vivo más dúctil y menos predeterminado, de tal forma que en el desarrollo madurativo humano del aprendizaje y, por tanto, la socialización juegan un papel fundamental. La plasticidad en definitiva, posibilita el carácter intencional inherente a la conducta humana, de tal forma que la adaptación no es nunca automática, sino constructiva. (5)

b) Somáticas:

Tamaño reducido del niño en relación con el adolescente: proporcionalmente al tamaño de la cabeza, la cara del niño es más grande que la del adolescente o la del adulto.

Aumento de peso del cerebro, que está relacionado con el proceso funcional.

Si se hace una reducción de un adulto concluimos los siguiente:

- * El niño tiene la cabeza más gruesa.
- * Tronco más grande.
- * Piernas más cortas.

(5) cfr. ABAD CAJA, Julián, et al. op cit. Tomo II. p. 1130

c) Fisiológicas:

El niño no es apto para la procreación.

El número de calorías del niño es más elevado que el adulto:

<u>Edad del niño</u>	<u>No. calorías por Kg.</u>
Recién nacido	38
2 días, 2 semanas	42
2 a 4 meses	57
6 a 12 meses	59
1 año	58
2 años	52
3 años	50
4 años	47
6 años	44
10 años	38
15 años	30

Mientras que en el adolescente esta cifra no es superior a 43 o 46 calorías por kilogramo. (6)

Por lo tanto, esto quiere decir que durante la infancia el proceso de intercambio de materia y energía entre el organismo y el mundo exterior es más elevado que

(6) cfr. PEINADO ALTABLE, J., op. cit. p. 170

en las etapas posteriores: adolescencia, juventud, adultez y vejez.

d) Egocentrismo infantil:

Se identifica ese egocentrismo por la confusión entre todo organismo y el medio ambiente, es decir, por la falta de discriminación entre el yo y el mundo. El niño también tiene una tendencia espontánea de reducirlo todo a sí que lo hace egocéntrico. Este rasgo está más marcado en la segunda etapa de la infancia.

e) Sincretismo:

El pensamiento del niño es global, es decir, capta conjuntos, no se detiene en observar los detalles; percibe los esquemas globales.

f) Realismo:

El realismo en el niño no es lo mismo que para el adulto. Para los adultos ser realistas es ser objetivos, es decir, ver las cosas tal como son, independientemente de nuestros deseos.

Para el niño la realidad es lo que vive dentro de su egocentrismo; la realidad es su mundo envuelto por su

imaginación, fantasía y deseos. Por lo tanto, muchas veces el niño confunde su fantasía con la realidad y les es difícil separar o distinguir lo interno de lo externo.

g) Animismo:

Consiste en que el niño le da vida a objetos o cuerpos que para nosotros son inertes, los considera vivos y conscientes. Por ejemplo: para él la luna nos sigue y nos mira.

Este animismo se debe a esa indistinción entre lo objetivo y subjetivo, característico del egocentrismo. El animismo en el niño es una forma de su realismo: atribuye características análogas a las que descubre en sí mismo: conciencia, voluntad, deseo, apetencia, etc.

h) Aprendizaje:

Durante la infancia se desarrollan todas las capacidades; primero a través del juego o actividades lúdicas y después a través del aprendizaje sistemático que reciben en las escuelas y a través de la vida cotidiana.

Dentro del desarrollo del niño existen momentos óptimos para algún tipo de aprendizaje, que si se le trata de desarrollar antes, no se desarrolla; después, ese retraso es perjudicial e incluso muchas veces irreparable.

El aprendizaje en los niños tiene lugar al estar en contacto con la naturaleza, los adultos y los demás niños; de aquí viene la importancia de los contactos sociales que tenga durante la infancia.

1.1.3 Etapas

Es importante conocer que en todas las personas ha habido una sucesión de fases o etapas, y esta sucesión ha sido analógicamente, lo cual no sucede así con el tiempo de duración, es decir, la duración de cada etapa depende de la persona, siguen una misma sucesión analógica: infancia, adolescencia, adultez y senectud pero no una misma duración.

La infancia se subdivide, generalmente, en las subfases siguientes:

Primera infancia:

Abarca desde el nacimiento hasta los 2 o 3 años. Es el período de los intereses perceptivos, motores y glúcicos.

La evolución psíquica del niño se detecta con gran rapidez. La mielinización que existe entre las neuronas y el rápido desarrollo cerebral favorecen a la

coordinación de movimientos y a la adquisición del lenguaje.

0 - 4 meses : dominan los movimientos desordenados.

4 - 7 meses : comienzan los movimientos tendentes a un fin, es decir, se inicia la intencionalidad.

7 meses : más de la mitad de esos movimientos están dirigidos.

1 año : todos los movimientos están dirigidos.

A los 2 años, las niñas poseen unas 300 palabras; ésto a los niños les cuesta 6 meses más.

La característica esencial de esta etapa es el egocentrismo, es decir, que el niño se cree el centro de todo el ambiente que le rodea.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo cubre la primera etapa que es la sensoriomotriz:

- Descubre sensaciones y las va asociando.
- Asocia sentimientos
- De aprendizaje: inicia el lenguaje, aprende a caminar y algunos movimientos.

Segunda infancia:

Abarca de los 3 a los 6 o 7 años. Es la fase de los intereses subjetivos.

Durante esta etapa el niño ya ha alcanzado la marcha y adquisición del lenguaje. Sigue siendo egocéntrico y animista, es decir, que le da vida a todas las cosas; pero conforme va conociendo su mundo y tomando conciencia de él, en lugar de ser egocéntrico se vuelve egoísta: se cree el más importante del mundo y todo lo quiere para él. Al igual que el egocentrismo pasa con el animismo, en donde le da vida a las cosas "mágicamente", es decir, utiliza su fantasía mezclando ésta con la realidad, y para el niño todo lo que pasa en el mundo se debe a "fuerzas mágicas"; esta actitud va ir desapareciendo en la medida que el niño vaya desarrollando su razonamiento.

Alrededor de los 4 y 5 años aparece la curiosidad en el niño, que se manifiesta con constantes preguntas y su contestación a ellas no les satisface. Es la edad del "por qué".

En relación al lenguaje, el niño domina las relaciones y puede utilizar oraciones subordinadas.

Esta etapa es la edad clave para el juego, a través del cual aprende a conducirse en la vida y ayuda a la sociabilidad del niño.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo:

- Esta etapa es antes de comenzar las operaciones intelectuales.

- Tiene un pensamiento simbólico simple: no entiende mapas, símbolos.
- Egocentrismo.
- Se maneja por el ensayo y error: su mecánica de trabajo es de "probabilidad", es decir, hace las cosas sin seguridad de que las esté haciendo bien. No trabaja por observación.
- No capta conservación: se fija en espacios y tamaños. Ven totalidades.
- Usan términos absolutos: no captan más o menos. Ejemplo: puede decir que una cosa es verde, no más verde que otra.

Tercera infancia:

Comprende de los 7 a los 11 o 12 años. Es el período de los intereses concretos.

El pensamiento mágico que tenía el niño se transforma en un pensamiento lógico y realista, manifestándose en él un gusto muy pronunciado por la acción.

"Es la fase de las enseñanzas sistemáticas y de los juegos organizados, que van haciendo madurar al niño en el aspecto social". (7)

El niño se interesa por lo concreto: piensa para influir en el mundo exterior.

(7) ABAD CAJA, Julián, et al. op. cit. Tomo 2, p. 790

Tiene un deseo de agruparse con sus compañeros porque ve que así es más factible alcanzar la realidad exterior.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo, es la etapa de las operaciones concretas:

- Agrupamiento: sin medir capta tamaños.
- Relaciones: capaz de resolver problemas matemáticos.
- Categorías: capta todas las relaciones posibles.
- Relaciones simultáneas: entiende que un objeto puede tener varias características.
- Conservación: entiende que una cosa puede cambiar de forma pero no de elementos.
- Relación de término: "mayor que, menor que".
- Serialización: capta la secuencia lógica; que sigue después de que.

1.2 CARACTERISTICAS DE LA EDAD ESCOLAR

1.2.1 Relaciones con el ambiente

El escolar ha llegado al "uso de razón": asimiló los pensamientos lógicos, desarrolla intereses abstractos y actividad simbólica, tiene una actitud objetiva; todo esto en

contraste con el pre-escolar. Y como consecuencia de estos cambios la sociedad cambia su actitud hacia él y lo estimula y exige a que aprenda a vivir en un mundo objetivo y de trabajo.

Este cambio en el cual se da cuenta de que el mundo no gira alrededor suyo, es doloroso, y provoca un desajuste que indica el fin de la etapa pre-escolar y el inicio de la etapa escolar.

1.2.2 Noción de tiempo y espacio

En esta etapa desarrolla la capacidad de la memoria, por lo tanto recuerda con mayor facilidad todos los momentos que ha vivido como una línea ininterrumpida, es decir, el presente está muy unido al pasado y futuro, los cuales se alargan más.

Entre los 7 y 11 años los recuerdos empiezan a ordenarse cronológicamente, basándose en los mecanismos asociativos. En cambio, el niño de 3 años sólo puede localizar con mucha aproximación el recuerdo en el tiempo; para el pre-escolar, presente, pasado y futuro equivale a hoy, ayer y mañana.

La etapa escolar hace proyectos, tiene una proyección hacia el futuro.

Al mismo tiempo que se desarrolla la noción de tiempo en el escolar, desarrolla la noción de espacio; ésta evoluciona paralelamente al desarrollo perceptivo motor. El escolar amplía su noción de espacio.

El escolar, al tener claras las nociones de tiempo y espacio y modificar su egocentrismo hacia lo que le rodea, adquiere un nivel de madurez que le permite mayor objetividad de su relación con las personas y objetos que le rodean, es decir, sabe dónde está y el papel que representa.

1.2.3 Pandillas y amigos

El escolar se organiza en grupos de su misma edad porque les facilita el estar integrados al tener los mismos intereses, mejor que con los adultos. Por esto el escolar tiene amigos a los que se une fuertemente.

En el período escolar ya se observan reglas internas dentro del juego; pues el escolar cuando juega lo hace de una manera social, es decir, repartiendo papeles según la participación en el juego.

El niño siente la necesidad de una intimidad personal y como consecuencia se conecta con un sólo amigo que por lo general es siempre mayor que él.

El niño escolar tiene amigos, pertenece a la familia y se relaciona mucho con sus vecinos. El papel que juegue en el grupo es algo que cuenta en la estructura de su personalidad.

1.2.4 Competividad

El niño es motivado por el ambiente escolar y por la familia para que logre mejores resultados, se encuentre por primera vez en un plan de rivalidad o competencia profesional.

"La escuela exige del niño un rendimiento (aprendizaje) y estima éste en cada caso individual comparándola con el grupo, de donde deriva la perniciososa costumbre de valorar a los escolares comparándolos unos con otros, partiendo, consciente o inconscientemente, de la falsa noción de su homogeneidad o equivalencia por lo que a su capacidad de rendimiento hace, de donde sus éxitos o fracasos relativos en el grupo se atribuyen a la exclusiva responsabilidad de la buena o mala disposición del niño hacia el trabajo, es decir, del grado de sumisión o conformismo con las exigencia de los adultos". (8)

Es por esto que el niño escolar continuamente se encuentra en una situación de competitividad con sus compañeros. De su éxito o fracaso depende el sentirse aceptado por sus padres, maestros y amigos, o en el caso contrario verse rechazado por medio de los castigos que le aplican en la familia y en la escuela.

(8) PEINADO ALTABLE, J., op. cit. p. 253

La capacidad de aprendizaje es diferente para cada persona, por lo tanto es necesario exigir a cada alumno de acuerdo a sus capacidades, no debe exigirse a todos por igual, pues no sería justo aplicar premios al que obtiene buenos resultados pero no se exige para rendir al máximo su capacidad, y dar castigos a aquel niño que trabajó todas sus capacidades pero no obtuvo buenos resultados. De aquí se deriva la importancia de la educación personalizada: educar a cada uno según sus capacidades, y no educar en masa.

"Debe cada escolar ser comparado consigo mismo, y en los aspectos de aprendizaje o de trabajo deben los resultados valorarse en función del esfuerzo que él mismo realizó, prescindiendo de los esfuerzos y éxitos de los demás". (9)

El niño en esta edad tiene espíritu deportivo; organiza juegos competitivos y se esfuerza y lucha por ganar, aunque sabe que dentro de estos juegos no siempre va a recibir una gratificación o castigo en relación al éxito o fracaso.

(9) ibidem. p. 255

En cambio, en la escuela la competencia está marcada desde el inicio y se da cuenta que del éxito o fracaso escolar depende su relación con su familia, y de aquí se deriva la trascendencia del éxito o fracaso escolar.

Si el niño escolar fracasa en un grupo infantil, le causará dolor este fracaso, pero inmediatamente busca otro grupo en donde lo acepten. Pero esto no sucede en la escuela, pues al tener un fracaso escolar no depende de él el cambio de escuela.

De aquí la importancia de que las escuelas sepan aprovechar esta característica de la competitividad en el niño escolar, para inculcarles la tendencia hacia la superación, es decir, canalizar la competitividad y esa fuerza de voluntad hacia la autosuperación.

1.2.5 El juego

Durante este período disminuye la cantidad de juegos simbólicos y desaparecen los compañeros "imaginarios", pero hay un gusto por la representación teatral. Desde alrededor de los 7 años, los niños quieren hacer réplicas exactas o construir modelos que funcionen.

1.3 ACTIVIDADES HABITUALES DEL NIÑO ESCOLAR

1.3.1 Niño de 7 años

Aspecto social:

- Su vida está programada de actividades y empresas escolares.
- Es importante darle oportunidad para la autoexpresión y la apreciación creadora.
- Es ansioso e impaciente.
- Es entrometido.
- No le agrada la represión ni el elogio en público.
- Le gusta silbar e imitar ruidos.
- Es importante la relación que tiene con el maestro.
- Gusto por ir a la escuela.
- Se fatiga con sesiones continuas y regaños.
- Le gusta acumular trabajos.

Lenguaje:

- Este cambio que se da de escuela le produce tensiones, emociones, estimulaciones y confusiones.
- Habla con agresividad de repente.

- Hace comentarios espontáneos de sus propias actividades.
- Dibuja y escribe figurativamente.
- Le gusta que le lean.
- Interés por el deletreo (separación de sílabas).
- Le encanta escuchar la radio y es una forma de aumentar su lenguaje.

Aspecto científico:

- Progresos en matemáticas: aprenden operaciones básicas.
- Suma dentro de la primera decena.
- Sustraer dentro de los primeros cinco números.
- Adquiere nociones elementales de ciencias naturales.
- Aprende mediante situaciones verdaderas que le plantea la vida. (hogar, escuela, comunidad).

1.3.2 Niño de 8 años

Aspecto social:

- El niño se adapta fácilmente en la cultura en que vive.

- Presenta capacidades de dirección, y cooperación autoexpresión creadora.
- Empiezan a surgir los líderes.
- Ansioso por hablar y responder en clase.
- Trabaja con rapidez.
- Le agrada el elogio.
- Disfruta la escuela.

Lenguaje:

- Comienza a usar el lenguaje en clave y contraseñas secretas.
- Gusto por el trabajo individual y en grupo.
- Utiliza mucho el teléfono con el fin de conversar socialmente. Aumenta su capacidad de comunicación.
- Lee más rápido en silencio, que en voz alta.
- Busca la perfección en su trabajo.
- Utiliza oraciones más reflexivas (piensa lo que va a decir).

Aspecto científico:

- Conoce la hora: lee el reloj.
- Cuenta hasta el 100.

- Capta valores y monedas.
- Puede dividir y aprenderse las tablas de multiplicar del uno al seis. Puede restar dentro de la primera decena.

1.3.3 Niños de 8 y 9 años

Aspecto escolar:

- En la escuela es serio y buen alumno.
- Es excesivamente práctico.
- Aprende con facilidad aunque mecánicamente.
- Le gusta el trabajo individual y grupal.
- Tiene ansias para hablar y responder preguntas al maestro.
- Necesidad de hablar y por eso interrumpe en clase.
- Le agrada el elogio.

Lenguaje:

- Prefiere trabajar en papel rayado.
- Utiliza letra grande e irregular y prefiere letra de imprenta.
- Usa oraciones bien pronunciadas.
- Utiliza fuentes de lenguaje como el diccionario.
- Más asociado con los oídos que con los ojos.
- Tiene problemas de omisiones.

Aspecto religioso:

- No se preocupan mucho de Dios.
- Gusto por los relatos bíblicos.
- Es la edad apropiada para hacer suyas las creencias en Dios.

Expresión emocional:

- Cree que sabe más que todos.
- Es menos sensible. Necesita atención, elogio y aliento.
- Se enoja cuando está cansado. Levanta la voz por enojo.
- Dramatiza verbalmente.
- Ríe sin motivos.

Personalidad:

- Juega con otros niños.
- Cuida las cosas que tienen valor para él.
- Halago por recompensas.
- Admira a los amigos mayores.
- Adquisición de modales.

1.3.4 Niño de 9 años**Motricidad:**

- Trabaja y juega mucho. Muy activos.

- Interés por deportes y competencias.
- Gran habilidad manual.
- Son muy observadores y adoptan posturas desacostumbradas.

Expresión emocional:

- Auto-organización: él mismo organiza sus actividades.
- Presenta emociones positivas aunque puede tener reacciones negativas pero le duran poco tiempo.
- Es muy perseverante y buen amigo.

Relaciones interpersonales:

- Dependen menos de la madre. Es la edad de las pandillas.
- Obedecen fácilmente.
- Le gusta hacer favores.

1.3.5 Niño de 10 años

Expresión emocional:

- Su humor es muy trabajoso, rara vez divierte a los adultos. La causa principal del llanto es el coraje.
- Le preocupa mucho que se burlen de él.

- Tiene celos de las cosas que otros niños tienen o si su mejor amigo se va con otro.

Características motrices:

- Gusto por juegos fuera de la casa. Es muy activo y le encanta estar en la calle.
- Se empieza a comer las uñas, juegan con el pelo y algunas veces se chupa el dedo.

1.3.6 Niños de 11 y 12 años

Aprendizaje:

- Investiga lo que no sabe.
- Se les facilita aprender lenguas extranjeras.
- Debe aprender más a razonar que a memorizar.

Sociabilidad:

- Tienden a imitar a maestros, papás y compañeros.
- El dialogar con personas adultas le ayuda en su reafirmación o seguridad, evitando su tendencia al aislamiento. Los adultos deben hacer notar cuales son sus defectos para superarlos, y cuales son sus cualidades para desarrollarlas.
- Dejarles encargos que ellos puedan realizar.
- Es la época de formación moral.

1.3.7 Actividades para educar

"A esta edad no se presentan problemas serios y es el momento oportuno para desarrollar tres virtudes: generosidad, laboriosidad y reciedumbre". (10)

"El sentido natural de la justicia, la apertura hacia los padres y la tendencia a obedecer, ayudarán a consolidar la generosidad; pueden existir rebeliones pero serán cortas y se olvidarán pronto". (11)

A la edad de los 7 años empieza a trabajar la razón, es el período adecuado para que el niño empiece a desarrollar la virtud de la generosidad, pues a esta edad se despierta en el niño una tendencia natural a ayudar, a hacer encargos y a darse.

Es necesario explicarles la generosidad y servicio a los demás, que son hábitos buenos y recompensados por sí mismos, con la alegría de haber cumplido con un deber y bien hecho. Encauzarles esa tendencia a darse, dándoles oportunidades de realizar encargos y enseñándoles a adelantarse en el servicio a los demás. Por ejemplo:

(10) COROMINAS Fernando, Educación Hoy. p. 98

(11) idem.

- Ayudar en la casa.
- Cuidar a un hermano pequeño.
- Prestar sus cosas y juguetes a un amigo.
- Ayudar a estudiar a un compañero.
- Pedir las cosas por favor, y saber dar las gracias.
- Saber perdonar a los demás. (12)

Los niños de 10 años lo anterior ya lo deben hacer suyo, pues a esta edad comprenden el valor y significado de la generosidad.

Por otra parte, esta etapa es la mejor para fomentar y arraigar la responsabilidad, ya que el niño está viviendo períodos sensitivos que facilitan directamente el cumplimiento.

Las características de esta etapa: amor a la justicia, disposición de ayudar, el deseo de quedar bien, el afán de superación.., son tendencias que facilitan directamente con la necesidad de cumplir con el bien elegido o asumido, es decir, facilitan realizar con responsabilidad los compromisos adquiridos.

(12) Cfr. ibidem. p. 99

En base a las características de los niños y a sus habituales actividades, se plantearán las actividades recreativas de acuerdo a lo visto en este capítulo.

CAPITULO II

EL JUEGO

CAPITULO II. EL JUEGO

2.1 CONCEPTO

"El vocablo juego deriva del latín "iocus" (broma, pasatiempo), que engloba la idea de satisfacción o deleite (así: jocoso, jocundo). Pero quien traduce el término castellano juego es "ludus" (diversión, broma, pasatiempo, escuela), que acentúa el sentido de actividad fácil. La raíz de "ludere" se ha visto verosímilmente (Schneider) en el griego "lyo" (desatar), ya que el juego libera de preocupaciones; también se advierte en "ludere" un primitivo significado de movimiento rápido, que luego denotó lo caprichoso, lo improductivo, el simulacro y, más radicalmente, a tomar la apariencia de algo (J. Huizinga)". (13)

La Real Academia de la Lengua Española acepta dos sentidos principales del juego: 1) acción y efecto de jugar, es decir, hacer algo por alegría y sólo por entretenerse; 2) ejercicio recreativo sometido a reglas, en el que se gana o se pierde.

(13) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo XIII. p. 631

El primer sentido abarca más, e incluso engloba al segundo, pero haciendo una abstracción de los dos, se deduce que el juego es una alegre diversión regulada, en la que el resultado (favorable o no) sólo acompaña al juego mismo.

Al concepto de juego se le puede agregar otros términos que ayudan a delimitar más la idea de juego; por ejemplo: travesura, retozo, pasatiempo, broma, fiesta, deporte, diversión, etc.

El juego incluye placer del ánimo o del sentido, el fin divertido y la provisionalidad; excluye el fastidio, el esfuerzo productivo fatigoso; es una actividad intrascendente respecto a la vida real.

"El conjunto de los juegos ha sido clasificado de varias formas: atendiendo al ejercicio físico, a su composición sociológica, a su regulación o espontaneidad, al rendimiento vital; es notable esta última clasificación, debida a Groos y aceptada por Decroly: a) juego de experimentación, funcionales con tres grupos: sensoriales, motrices y mentales; éstos, en tres clases: de memoria, imaginación o atención; de experiencia con emoción; y de experiencia con decisión; b) instintivos: según se deban a la tendencia combativa, sexual, imitativa, o de sociabilidad". (14)

(14) idem.

El juego ofrece al niño la posibilidad de ser y de estar activo frente a la realidad. El niño juega para conocerse a sí mismo y ser reconocido por los demás, para aprender a conocer el mundo que le rodea.

El juego favorece el desarrollo de:

- Motricidad
- Percepción sensorial
- Desarrollo de las facultades intelectuales
- Adquisición y normas de comportamiento
- Adquisición de habilidades
- Permite al niño que exprese sus sentimientos: agresividad, angustia, amor, temor, etc., y llegar a superarlos.
- Estimula la actividad
- Estimula la creatividad.

2.1.1 División del juego por Piaget

Piaget distingue tres tipos de juego de acuerdo a las características e intereses de cada una de las etapas del niño:

a) **Juego Sensomotor:**

Abarca aproximadamente de 0-2 años: el niño obtiene placer al realizar ejercicios en los que

interviene la coordinación sensomotriz. El juego consiste en la repetición de movimientos y el aprendizaje de otros movimientos nuevos. A lo largo de esta edad, el niño va desarrollando su coordinación sensomotriz, y se divierte al imitar a su papá; igual que cuando ya puede realizar lo que antes no podía hacer.

b) Juego Simbólico:

Abarca aproximadamente de 2-6 años: su función principal es que el niño asimile de lo real al yo, es decir, que sepa distinguir la realidad de la fantasía. En esta etapa aparece la capacidad de nombrar un fenómeno u objeto ausente, y como consecuencia se dan las circunstancias propicias para que se manifiesten en él los conflictos afectivos latentes. Durante este periodo los aprendizajes más significativos tienen lugar a través del juego.

c) Juegos reglados:

A partir de los 6 años: combinan la espontaneidad del juego con el cumplimiento de las normas que conlleva. Por ejemplo algunos juegos reglados son: las canicas, matatena, juegos de pelota, damas chinas, etc. Tienen una función esencialmente socializadora y suelen ser juegos

organizados, que con frecuencia se realizan en equipo y que entrañan algún tipo de competitividad.

2.1.2 Función diagnóstica del juego

"Al niño le resulta difícil expresar verbal y ordenadamente los conflictos y sentimientos que le invaden. A través del juego expresa de un modo simbólico las tensiones y deseos que no puede expresar libremente en la realidad, y mediante la interpretación de su modo de jugar es posible hacer un diagnóstico de su situación. Ha sido en la corriente psicoanalítica donde principalmente se ha desarrollado la función diagnóstica del juego". (15)

"El juego permite reproducir la realidad transformándola según los propios gustos y necesidades, siendo por ello una forma natural de mitigar angustias, tensiones y una válvula de escape para la situaciones vividas con desagrado y dolor". (16)

2.1.3 Características del juego

El juego ejercita de manera muy diversa todas las posibilidades físicas del niño: resistencia física,

(15) ABAD CAJA, Julián, et al. Diccionario de las Ciencias de la Educación. Tomo 2. p.842

(16) Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Tomo 3. p. 1204

respiración, fuerza muscular, flexibilidad en las articulaciones, habilidades variadas, precisión de gestos, coordinación de reflejos, equilibrio, etc.

A través del juego se pueden crear todas las situaciones del proceso de sociabilización y ayudar a los niños a la convivencia con sus compañeros. En el juego se aprende a compartir, a colaborar, a observar un reglamento, a entregar lo máximo de sí para que el grupo venza: se aprende a ganar y a perder.

Un grupo de niños jugando se olvida de todo y son felices: los indiferentes se aproximan, los agresivos aprenden a controlarse, los mandones se transforman en líderes, los egoístas comparten.

El juego es gratuito: la finalidad del juego es la alegría de jugar, y por eso mismo debemos quitar el sistema de premiar a los vencedores. El mayor premio para el niño es poder divertirse.

El juego es escogido libremente: cuanta mayor sea la participación en la elección del juego más se interesa el niño en su realización.

El juego no es utilitario, esto es, no es un trabajo, a pesar de que el niño emplee en él todas sus energías; no le interesa el resultado del juego, sino el hecho de jugar.

El juego siempre le trae placer aunque se caiga y se golpee. El placer de superar obstáculos y vencer dificultades es mayor que cualquier recompensa.

Es un medio donde el niño puede superar sus tensiones; por lo tanto es un descanso aún cuando implica un desgaste físico o mental. Es siempre un motivo de alegría, pues el niño coloca en él su personalidad.

El juego es una actividad vital para el niño. Y se puede decir que es "el trabajo propio del niño", lo que más necesita y lo que le gusta hacer. (17)

2.1.4 Valores del juego

- Es fuente sana de realización y diversión.
- Medio para desenvolverse físicamente.
- Es estímulo al progreso, al desarrollo de la personalidad.

(17) cfr. SALETE PEREIRA, María., Juegos en la Escuela, en los Grupos, en la Catequesis. p. 14

- Es aprendizaje para la vida en sociedad.
- A través de él se descubren capacidades y límites.
- Medio de cura para traumas y complejos, por ejemplo algunas veces el niño que usa aparatos de rehabilitación se siente rechazado por los demás, y el juego le ayuda a que vea las cosas de manera positiva, le ayuda a relacionarse con los demás niños y a través del juego aprende a convivir con sus limitaciones físicas.
- Es descubrimiento del valor de la persona humana.
- Es respeto por el ser del niño.

2.2 INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE NIÑO

2.2.1 Físico

Los psicólogos han demostrado que el juego actúa como estimulante del desarrollo del crecimiento físico del ser humano, porque estimula las fibras nerviosas y las ayuda para cumplir sus funciones; favorece el crecimiento; da fuerza, agilidad y elasticidad a los músculos y tendones; enriquece los pulmones y el corazón porque acelera e impulsa la respiración y circulación; favorece la digestión; facilita la transpiración; establece coordinaciones neuromusculares que hacen sus

movimientos más precisos, rápidos y seguros, siendo el niño más dueño de sí.

2.2.2 Intelectual

La inteligencia actúa en el juego de diferente forma junto con la percepción y reconocimiento, por ejemplo: uso de símbolos, aplicación de reglas, previsiones, elección, comprensión de datos, cálculo de soluciones, risa, etc.

Conforme a las operaciones realizadas en el juego, el niño utiliza generalmente la inteligencia práctica, por medio de la cual se propone fines, selecciona la vía para obtenerlos, dirige la ejecución. De aquí la importancia del juego para el desarrollo intelectual y para el aprendizaje.

Además el juego actúa refrescando los hábitos recientemente adquiridos, sobretodo en el adulto.

Mediante el juego el niño aprende a valerse por sí mismo en todos sus actos, lo forma y ayuda a estar despierto, ágil, dócil, entusiasta, imaginativo y sociable. Desarrolla y fortalece la voluntad; enriquece la expresión por medio de gestos y risas. Con el juego el niño se va adaptando a las necesidades del medio que lo rodea, favoreciéndole en el aspecto de higiene y salud.

2.2.3 Crecimiento cognoscitivo

Cuando los niños exploran y juegan, tratan de acudir a toda clase de pensamientos y acciones, y determinan que pueden hacer y que no. Los niños emplean parte de su tiempo para correr, explorar su medio ambiente, arrastrarse entre túneles, etc. Existe una modalidad físicamente activa de exploración "abierta" que incluye objetos concretos, sucesos y sus distintas relaciones. Al final de la niñez, esta exploración comienza a ser más disimulada y abstracta. En la adolescencia tienden a explorar de una manera mental por medio del razonamiento.

Conforme los niños van madurando, su conducta de juego manifiesta más creatividad, imitación e imaginación. El juego también adquiere un creciente carácter social entre los 2 y 5 años de edad;

" El juego imaginativo puede comenzar con la ejecución de una acción rutinaria, tal como "beber agua" de un vaso vacío. El líquido es imaginario, pero el vaso es real. La imaginación puede llegar a ser menos dependiente de la presencia física del estímulo, y crecientemente social en orientación y contenido. Casi a los 5 años de edad, muchos niños tienen "compañeros de juego" imaginarios, con quienes participan en prolongados diálogos y juegos. Un notable investigador, J.L. Singer (1973)

explicó que la imaginación puede contribuir al crecimiento cognoscitivo y la creatividad; lo cual se demostró en un estudio donde los niños a quienes se enseña a ser más imaginativos cuando juegan, tienden a obtener un mayor rendimiento en las pruebas de creatividad. (Feitelson y Ross, 1973)." (18)

2.3 ASPECTOS DEL JUEGO

2.3.1 Psicológico

La dinámica psicológica del juego puede limitarse en tres planos fundamentales: las tendencias que lo originan, las emociones que desencadena y las funciones cognoscitivas que intervienen en él.

Dentro de la personalidad existen los impulsos vitales, y dentro de éstos, el impulso a la actividad exteriorizada, que se satisface con la manifestación del propio movimiento; algunos de estos movimientos que realiza la persona dan lugar al juego: en donde se da un libre desarrollo de movimiento, acompañado por el placer.

(18) SARAFINO, Edward P., Desarrollo del niño y del adolescente. p.218

También en la personalidad se dan las vivencias pasajeras emocionales: una de ellas es la diversión, emoción de la vitalidad: "vivencia placentera del desarrollo sin trabas de una función corporal o sensitiva" (19)

La diversión es el efecto de satisfacer el impulso que tiene el niño al juego o tendencia lúdica, en el que se integra la tendencia del niño a la actividad y el afán por conocer el yo individual.

"El juego remedia la fatiga psíquica, que origina la vivencia del fastidio, el entorpecimiento del trabajo y la necesidad de variar la actividad; esa fatiga procede del esfuerzo intelectual (especulativo, decisorio, productivo) y ha de eliminarse con una actividad predominantemente sensible (sensorial, imaginativa, memorística, observadora), placentera y, por tanto, reestablecedora; el recreo lúdico está desligado así de todo fin externo a sí mismo, como conocer o transformar el ambiente; secundariamente, el juego implica otras emociones, ante la victoria, la incertidumbre, el desquite, la derrota, la comicidad, la burla, la cooperación, la autoestimación. Con el juego se relacionan como disposición estable de la emotividad (estados de ánimo;) que lo facilitan, el ánimo festivo y el buen humor, opuestos a la sociedad". (20)

(19) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo XIII. p. 632

(20) idem.

2.3.2 Antropológico

La infancia es la etapa del hombre en donde se desarrolla con mayor plenitud la actividad lúdica; el hombre es el protagonista del juego; el adulto se dedica al juego de una manera esporádica cuando sus obligaciones no lo absorben.

Esta diferencia: la dedicación a la actividad lúdica, respecto a los niños con los mayores, se debe a la inmadurez funcional del niño frente al más pleno desarrollo del adulto: el adulto advierte que el juego no es la principal actividad a la que debe orientar su existencia.

"El fin del sujeto en el juego no es la producción sino la resonancia íntima (distensión, evasión, descanso) que experimenta; la recuperación de energía en el juego se subordina al posterior trabajo y, como toda acción humana, deberá ajustarse a las leyes morales." (21)

2.3.3 Educativo

La educación ayuda a que, al encauzar todas las actividades de la persona humana, la hace más eficaz en la línea de su perfeccionamiento integral.

(21) idem.

El juego es de gran importancia y utilidad a la educación, siempre y cuando esté subordinado a ésta; es necesario que el niño aprenda a jugar, porque a través del juego puede desarrollar hábitos positivos, los cuales son la base para la adquisición de virtudes y éstas a su vez buscan el perfeccionamiento de la persona.

En el campo de la psicopedagogía se maneja con mucha frecuencia la caracterización del juego como interés, tendencia y necesidad. (22)

Interés: porque el niño enfoca su atención sobre objetos, personas o hechos para realizar sus juegos, además de que interviene el deseo, la emoción, la curiosidad, la voluntad, etc., para satisfacer una necesidad.

Necesidad: porque cuando el niño tiene una ruptura entre su organismo y el ambiente, su medio como válvula de escape para buscar su equilibrio es a través de la actividad lúdica a pesar de la variedad de condiciones estimulantes.

Tendencia: porque el juego es característico de la especie humana y perdura en el hombre durante toda su vida como medio de recreación.

(22) cf. CUELLAR, Hortensia. El niño como persona. p. 165

Por esta vía el niño se conoce a sí mismo, a los demás y al medio en que vive, satisface intereses, enriquece su personalidad y se abre a otros niños, independientemente de la adquisición de experiencias nuevas. A través de juego se ven estimuladas todas las áreas de desarrollo: afectivo-emocional, física, intelectual, moral, estética, social, etc.

En el juego se encuentra el horizonte adecuado para educar integralmente al niño. El educador debe darse cuenta de la importancia del juego en la educación, pues él es el que va a orientar adecuadamente esa fuente de riqueza en la educación, sin excluir el esfuerzo personal que la tarea educativa pueda implicar.

El educador por medio del juego conoce al niño, fomentando en éste actitudes positivas ante el medio que le rodea, además podrá sembrar las primeras semillas de una gran variedad de virtudes, por ejemplo: disciplina, constancia ante lo que requiere esfuerzo, cooperación, responsabilidad, ayuda y respeto a sus compañeros, impulso de la imaginación, corrección del lenguaje, etc., es un medio para la formación de hábitos buenos.

El juego por otro lado, absorbe y produce felicidad. Implica ensimismamiento y apertura, crecimiento interior y generosidad, porque cuando se juega, si se trata de un juego

colectivo, se invita a los amigos a jugar y en su compañía se estrechan lazos de amistad.

El juego es una actividad importante del hombre, a través del cual se puede adquirir multitud de virtudes si se ordena adecuadamente, insertándolo en el lugar jerárquico que le corresponde dentro de la acción humana.

2.3.4 Etico

Existen algunos principios que el hombre debe considerar en relación al juego:

1. El recreo mediante el juego es bueno si se hace con la medida (no demasiado juego que por eso se descuide el estudio, ni falta de juego) si sirve para facilitar las acciones buenas y útiles.
2. Es malo emplear inútilmente el tiempo en el juego y más aún descuidar los deberes familiares, de profesión, sociales, religiosos.
3. Es malo el juego con acciones en sí malas o nocivas o que no vayan de acuerdo a la dignidad del hombre.
4. El juego es un deber familiar que deben cuidar los padres para con sus hijos y con ellos mismos. Es obligación de los padres proporcionar a los hijos buenos juegos: educativos y sanos.

2.4 TERAPIA DE JUEGO

"La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos". (23)

La terapia de juego puede ser directiva o no-directiva. La directiva es donde el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar el juego; y la no-directiva consiste en que el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir. Aquí trataremos la terapia no-directiva, porque el niño enfermo hospitalizado va marcando la pauta a seguir en su terapia de juego, basándose en el situación física en que se encuentre el niño, indica el tipo de actividad lúdica que quiere realizar, por cuánto tiempo y en dónde; pues hay ocasiones en que el niño no se encuentre en condiciones de jugar, ya sea porque tenga en ese momento mucho dolor físico o aparatos que le impidan moverse con facilidad.

"La terapia de juego no-directiva, tal como se ha dicho anteriormente, puede describirse como la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las

(23) AXLINE Virginia M., Terapia de Juego. p. 18

condiciones más favorables. Ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión, el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión." (24)

El poder de transmitir estos sentimientos por medio del juego, hace que salgan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando el niño logra alcanzar su relajación emocional, se da cuenta de que puede pensar por sí mismo y le alegra el seguir jugando.

El cuarto de terapia de juego es un lugar que propicia el crecimiento del niño; en este cuarto el niño es y se siente la persona más importante, donde él controla su situación y a sí mismo, aquí se le trata con dignidad y respeto, y estas actitudes propician un crecimiento y madurez psíquica (emocional, afectiva y social).

El niño en el cuarto de terapia de juego al principio actúa con temeridad y cautela, y conforme se va dando cuenta de la seguridad que tiene, adquiere confianza y empieza a explorar de una manera más atrevida todo lo que hay en el cuarto.

(24) ibidem. p. 24

El niño con la terapia de juego llega a ser más maduro, más positivo en sus actitudes y más constructivo en la manera de expresar sus emociones.

Los juguetes ayudan a este proceso porque constituyen uno de los medios de expresión del niño y son materiales que generalmente son considerados como propios del niño. El juego del niño expresa lo que él quisiera ser y puede ordenar su mundo como él quiera; por lo cual el terapeuta no dirige su juego en ningún momento.

El terapeuta respeta lo que le pertenece al niño, que en este caso son sus juguetes y la libertad en el manejo de éstos. Cuando el niño juega libremente y sin dirección expresa su personalidad.

Esta terapia se basa en una teoría positiva de las habilidades que posee el individuo. No limita ningún aspecto de crecimiento individual. Es una terapia abierta y activa.

"El terapeuta se sirve del juego como camino para ayudar al niño a conocerse, aceptarse y poder crecer con madurez. La terapia del juego no-directivo es una técnica que permite comprender y ayudar a los niños inadaptados, incluyendo los que tienen problemas de comportamiento, de estudio, de habla, somáticas u otros. Puede ser una ayuda para los niños

reprimidos, apartados e inhibidos y también para los muy agresivos y desinhibidos". (25)

2.5 MATERIALES QUE SE SUGIEREN PARA EL CUARTO DE JUEGO Y TERAPIA

Aún cuando es deseable disponer de una habitación separada y amueblada para el cuarto de juego, dentro de una terapia no-directiva, esto no es absolutamente necesario, es decir, no es indispensable.

Existe un sinnúmero de posibilidades de utilizar técnicas de terapia de juego con un pequeño presupuesto y un espacio cualquiera.

Si se dispone el dinero y espacio para amueblar una habitación especial para la terapia de juego, se ofrecen las siguientes sugerencias:

- La habitación debe ser adaptada contra ruidos, si eso es posible.
- Las ventanas deberán estar resguardadas por enrejados o cortinas.
- Las paredes y pisos deberán ser protegidos con un material de fácil limpieza y que resista la arcilla, pintura, agua y golpeteo constante.

(25) AXLINE Virginia M., op. cit. p. 1205

Materiales de juego que pueden ser utilizados:

- Botellas pequeñas de plástico.
- Una familia de muñecos.
- Una casa de muñecos amueblada.
- Soldados de juguete.
- Materiales domésticos de juego: incluyendo mesa, sillas, catre, cama de muñecas, estufa, sartenes, cucharas, vestidos para muñecas, cordón de tender, pinzas para la ropa y cesto para la misma.
- Muñecas y títeres,
- Escenario para títeres.
- Plastilina, arcilla, pintura, estambre, listones.
- Papel, periódicos, fotografías de personas, animales y cosas.
- Juguetes como: teléfono, coches, muñecas.
- Pequeña escoba, trapeador, palangana y trapos.
- Cubos, fichas de ensamble, pelotas.

Los juegos de damas no es el mejor tipo de material para la terapia no-directiva porque no es un juego expresivo. Igualmente los juegos mecánicos no son recomendados porque lo mecánico con frecuencia interfiere con el juego creativo.

Todo este material debe ser colocado con orden en pequeños muebles para que el niño pueda tener acceso a ellos.

Es responsabilidad del terapeuta mantener una revisión constante de los materiales, sacando los juguetes rotos y conservando la habitación en orden. Que todo el material esté en existencia y buenas condiciones. Los niños como parte de su formación deben ayudar a que todo lo que utilizaron para su juego quede en orden.

2.6 CATEGORIAS DEL JUEGO (26)

JUEGOS	INTERESES
1. Sensoriales: bañarse, peinarse.	1. Perceptivos y glóxicos: De 0-3 años.
2. Motores: pelota, boliche, salto de la cuerda.	2. Generales: De 2-7 años. Edad del despertar intelectual.
3. Psíquicos: de lucha, caza, sociales, familiares.	3. Especiales: intereses objetivos. De 7-12 años.
4. Afectivo: héroes, aventuras, romances, familia.	4. Eticos, sociales y de belleza: De 12-18 años.

(26) cfr. LOPEZ BRACAMONTES, Esperanza. Tesina: El valor pedagógico del juego en la educación del niño. p. 7

5. De funciones especiales:
juegos de destreza física
y mental.

5. Diferentes intereses
están subordinados a
su trabajo y
necesidades en la
juventud.

2.6.1 Juegos Sensoriales

Su finalidad es desarrollar las aptitudes sensoriales:
que el niño aprenda a registrar impresiones, clasificarlas
y asociarlas;

además le hacen adquirir conciencia de cuanto aprecian sus
sentidos.

Por medio del ejercicio de las percepciones sensoriales
se le ayuda al niño al mejor desarrollo de su memoria, atención
y capacidad de abstracción; porque se le fija al niño una idea
fácilmente a través de la percepción sensorial.

Los juegos sensoriales facilitan que el niño realice
comparaciones y asociaciones porque le dan la ocasión para
recordar las cosas; las nociones sensoriales de forma y color
no se le presentan solas, siempre las encuentra asociadas a la
realidad, lo cual le proporciona mayor facilidad de retención.

2.6.2 Juegos Motrices

Su objetivo es dar al niño conciencia clara de sus movimientos y la sensación de que son ellos el punto de partida.

Los juegos motores forman parte de los que se organizan en conjunto; realizarlos por medio de competencias para lograr sostener la atención y el interés de los alumnos.

Los juegos motores se subdividen en:

- a) Visuales
- b) Visuales Motores
- c) Auditivo Motores

a) **Visuales:** mantienen a los alumnos de manera activa, fijando su atención. Los juegos visuales desenvuelven la lógica elemental porque después de realizar su actividad lúdica la persona puede comprobar sus errores.

b) **Visuales Motores:** exigen conocimientos elementales mediante los cuales sea capaz de comprender, desarrollar y comparar lo que se le pide.

c) **Auditivo Motores:** tienen por objetivo fijar fuertemente la atención del niño y le permite que compruebe con

la vista, los resultados de sus sensaciones táctiles y auditivas.

Estos se practican haciendo que el niño vaya de un lugar a otro de la clase, con los ojos vendados, o en caminar en dirección de un sonido producido por un instrumento cualquiera, o también en reconocer a un compañero palpándolo, o determinar el origen y naturaleza de un ruido.

* **Juegos de Inteligencia:** son juegos que ayudan al desarrollo de las capacidades intelectivas; por ejemplo: juegos de construcción, elaboración de adornos. El ajedrez se considera el juego para desarrollar la inteligencia más complicado.

* **Juegos para adquirir conocimientos:** el maestro que sabe conducir la enseñanza en forma amena, valiéndose del juego obtiene mejores resultados mediante un menor esfuerzo. Generalmente, en grupos de niños pequeños, los maestros usan materiales vistosos y sencillos para enseñar a leer.

* **Juegos de entrenamiento personal:** por medio de éste el niño se habitúa al esfuerzo constructivo, se despierta en él la habilidad para hacer las cosas por su propia iniciativa y además se le presentan oportunidades para desarrollar la imaginación y el ingenio.

Si se aplican estas clases de juego discreta y oportunamente se podrá tener seguridad de estar impartiendo una educación perfecta ya que estos juegos instruyen, educan y recrean.

Entre los juegos de entrenamiento personal se encuentran: juegos deportivos, organización de concursos y campeonatos, festivales, etc.

* **Juegos de distracción:** pueden ser libres y organizados. Tienen un gran valor dentro de la escuela porque ayuda al maestro a conocer mejor a sus alumnos.

Por su finalidad tienden al desarrollo físico, intelectual, moral y social. Por ejemplo: rondas y juegos populares, juegos tradicionales, juegos en el parque.

2.7 ACTIVIDADES RECREATIVAS

2.7.1 Teatro educativo

"Hoy día la técnica dramática ha evolucionado de tal forma, que las continuas aportaciones de los autores han llegado a predominar sobre el placer contemplativo del

espectáculo, exigiendo, en muchas ocasiones, un intenso ejercicio intelectual". (27)

Sin embargo, en el teatro los espectadores han de acoplarse a la manera de expresión que tiene el autor; en cada una de las representaciones teatrales el espectador debe realizar un ejercicio intelectual para alcanzar el contenido de la acción.

Este procedimiento no se puede utilizar con un público infantil; como hemos visto en el capítulo I el niño no ha desarrollado totalmente la capacidad de realizar operaciones concretas y abstractas, por lo que no pueden realizar un esfuerzo de enajenación, es decir, no le es factible amoldarse a la expresión del autor para captar su mensaje.

Si se quiere transmitir unos valores por medio de representaciones teatrales, habría que hacerlo utilizando su propio lenguaje, a través de observar las reacciones positivas frente a distintas situaciones teatrales.

2.7.2 Teatro para niños

Además de introducir en el teatro un lenguaje adecuado para niños: "un lenguaje infantil", hay que aclarar que

(27) GARCIA YAGUE, Juan., Condicionamientos ambientales de la personalidad. p. 177

el teatro infantil es distinto del teatro escolar o educativo.

"El teatro infantil es espectáculo puramente artístico, aunque no le daña una bien dosificada intención didáctica; el segundo es esencialmente aleccionador, si bien, por cierto, no le estorba, antes al contrario, lo vivifica, un soplo de arte puro." (28)

El teatro infantil ofrece diferentes modos de realizarlo: escolar, guiñol y espectáculo, el principal de estos tres es su utilización como elemento educador. En el teatro infantil-espectáculo el niño no participa, queda reducido a ser espectador de las actividades que se practiquen en el escenario.

Aspectos positivos del teatro:

1. El teatro provoca una mayor comprensión para el niño de los temas que hayan tratado.
2. En el niño provoca: risa, novedad, interés por aprender, descanso, etc.
3. Ayuda a la convivencia del niño con adultos, y con otros niños; pueden platicar entre sí, actuar entre todos; a los niños les gusta actuar y ver actuar.

(28) idem.

4. Al ver las cosas representadas se acercan a la realidad, porque los niños perciben con mayor atención el ver la actuación como algo natural.

2.7.3 Carácteres del teatro formativo

a) Educación estética:

"En el punto cuarto de las conclusiones del Congreso sobre el teatro infantil celebrado en Mallorca se dice: "Hay que pensar en los peligros de un teatro deformativo que, en lugar de educar estéticamente al niño, pueda llegar incluso a inhabilitarle como futuro espectador, llamada de atención para que se cultiven los valores estéticos de los chicos, ya que ellos serán los futuros asistentes a las salas teatrales. En este sentido, el teatro infantil no es más que una propedeútica para la educación estética". (29)

b) Sentido axiológico:

A través de la representación teatral, el niño, específicamente por su participación activa en la representación, adquiere la obligación de responder o responsabilizarse ante los papeles que se le han dado y ante la postura que ha de tomar para representar los acontecimientos y personajes. Por lo tanto el teatro

(29) ibidem. p. 178

infantil debe ofrecer al niño una escala de valores, es decir, por medio de representaciones teatrales que contengan una jerarquía de valores, el niño al responsabilizarse de la representación teatral hará suya esa jerarquía.

El niño al vivir una representación teatral se recrea, además los motivos planteados contribuyen a la formación espiritual de los niños: refuerzan su sensibilidad que llega a ser el principio y fundamento de toda estética del Teatro infantil. "No obstante, no se han de estereotipar los personajes y las acciones en exceso, porque se corre el riesgo de educar moralmente deformando el mundo que rodea al niño." (30)

c) Presencia de la Realidad:

La realidad debe estar en concordancia con la moral, lo estético y lo axiológico, pues con esto se consigue un equilibrio entre lo maravilloso y lo real dentro del teatro de los niños. Hay que recordar las características del niño: su gran imaginación; y por otra parte, la mayor de las obras, suelen caer, según se inclinen hacia uno u otro extremo, en lo irreal o en lo ingenuo, ya que la utilización de la imaginación debe ser medida.

(30) ibidem. p. 179

2.7.4 Dibujo

El niño puede dibujar en un papel, pero puede hacerlo en la parte alta, en la mitad o en la inferior. Para algunos psicólogos ésto es un simbolismo avisador de determinadas preferencias: la zona de arriba recuerda a lo religioso y moral, proyección hacia lo espiritual y lo alto; el dibujo en la parte media evoca al corazón, a la parte afectiva, a la relación con los demás; y en la parte inferior expresa lo material, lo instintivo, la tierra.

Además de esa interpretación psicológica de los dibujos infantiles, la pedagogía utiliza al dibujo como lo que realmente es, un medio de expresión del niño.

"El dibujo libre, desde el garabato, equivalente a los iniciales balbuceos del lenguaje, hasta el dibujo complicado y preciso, todo él significa un proceso de maduración, base aplicable a las formas generales de la pedagogía y la didáctica. Los dibujos, en su progresión, señalan el grado de actividad intelectual del niño, la fuerza de su atención, el poder de la voluntad, la lógica de su pensamiento y observación, etc." (31)

(31) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo VII. p. 676

2.7.5 Cuento

Un cuento es cualquier narración breve, prescindiendo de otras características, que parecen estar presentes en la diversificación perceptible en otras lenguas.

Se puede distinguir entre: tradicional o infantil, novela corta o novela larga.

El cuento tradicional o infantil es un medio de recreación o diversión para los niños, el cual ayuda a la imaginación creativa; es un medio de apoyo para reforzar la lectura y la percepción visual.

2.7.6 Pintura

"La pintura como las otras artes plásticas se ha originado arrancando de la fuente común de toda obra humana: el trabajo. La actividad específica del hombre, ante la múltiple suscitación del mundo circundante, estructura sus respuestas prácticas en una formalización peculiar: el mundo como realidad. El extraordinario lujo de la impulsividad humana ha conducido, mediante la creciente aplicación de la energía psíquica, liberada de su originaria ocupación en las necesidades meramente vegetativas, a una nueva dimensión: el juego, que se

manifiesta, entre otros modos, por lo que hemos llamado el gusto por la forma." (32)

2.7.7 Cine

El cine es un medio de expresión humana, un lenguaje. Todo queda centralizado por el movimiento de imágenes.

Las películas para que las entiendan los niños deben tener una trama sencilla y la simpatía del protagonista como principal recurso expresivo. La lógica general de la película casi no es comprendida antes de los 11 años. La imagen acapara la mayor comprensión media, mientras que el diálogo depende directamente del tema. Las conexiones de episodios son más difíciles de comprender.

Emociones infantiles provocadas por el cine:

1. La mayoría de los niños sueñan con las películas vistas ese día o el día anterior. Se desvelan a causa de las películas vistas.
2. El flujo de la orina varía en cantidad y calidad según la edad de los niños, el tipo de película y la técnica empleada.

(32) idem.

3. La mayoría de los niños conservan y recuerdan con facilidad frases de las películas, ya sea por haberles impresionado o bien por serles útiles en su lenguaje.
4. Los niños imitan gritos, formas de lucha, vestido, etc., de los que ven en las películas.

CAPITULO III

EL NIÑO ENFERMO

CAPITULO III. EL NIÑO ENFERMO

3.1 NATURALEZA DEL TERMINO ENFERMEDAD

El término enfermedad procede de la palabra latina "infirmitas", falta de firmeza, invalidez. El vocablo griego "pathos", que significa padecimiento, es el origen de Patología que expresa el estudio o tratado de las enfermedades.

Hipócrates definió a enfermedad como "Todo lo que causa tristeza y molestias", una forma anormal de vida, una alteración de las condiciones vitales.

Se puede definir con la siguiente fórmula: "La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo de vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo, efecto y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia permanente (enfermedad cicatrizal)."
(33)

(33) LAIN ENTRALGO, Pedro, Antropología Médica. p. 224

Analizando esta definición la enfermedad humana es: (34)

Un modo de vivir: no sólo una lesión anatómica, ni un desorden funcional, sino el modo de vivir provocado por la enfermedad, o el modo de vivir de acuerdo a la postura que la persona tome en relación a su enfermedad.

Aflictivo: aunque a la enfermedad se le de un sentido en la vida, nunca cesa el hecho de afligir o molestar.

Anómalo: (anómalo en griego, significa: no norma, lo irregular, lo desigual, lo áspero) es alterante el curso normal de la vida de la persona y del modo como se siente.

De vivir personal: y no sólo de vivir biológico; porque todo lo que acontece en la vida del hombre sólo llega a ser realidad verdaderamente humana cuando se formaliza en él como "vida personal", es decir, que lo abarca como una integridad biológica, psicológica, espiritual y social.

Reactivo a una alteración del cuerpo: la enfermedad es siempre reacción -en rigor, respuesta-, y ésta tiene como causa inmediata, una alteración del cuerpo.

(34) cfr. LAIN ENTRALGO, Pedro. op. cit. p. 224-225

Psico-orgánicamente determinada: todo el organismo y la psicología de la persona, contribuyen a determinar la enfermedad.

Alteración por obra de la cual padecen las acciones y funciones vitales: la enfermedad humana lleva consigo un padecimiento objetivo y subjetivo de todas o algunas de las actividades orgánicas, psíquicas y sociales en que se realiza la vida del hombre, o acaso de todas ellas.

Reacción en cuya virtud del enfermo: la enfermedad actúa causalmente para llevar progresivamente al que la padece a un estado de vida diferente del anterior a ella, más distante de la normalidad; a la cual si no se le da un tratamiento, puede conducir al ser humano a la cronicidad y/o a la muerte.

Vuelve al estado de salud: puede ser espontáneamente o ayudado de alguna intervención sanadora.

Muere: porque, salvo en ciertas muertes violentas (producidas por un accidente traumático, por una ejecución de pena capital), la muerte es siempre consecuencia de una enfermedad y constante amenaza para el que está enfermo.

O queda en deficiencia vital permanente: la enfermedad puede dejar secuelas y cicatrices, que pueden ser biológicas,

mentales o sociales y varían desde pequeñas a grandes; que es lo que habitualmente ocurre.

3.2 DOLOR

"El dolor es el más cruel, inevitable e innegable de los fenómenos que desde dentro sale al encuentro de la vida y la inhibe y amenaza. Es decir, el dolor es un ataque al hombre en lo referente a su existencia. El dolor es una realidad que no se puede eludir, pero sí podemos enfrentarnos a ella. El dolor es una reacción puramente animal frente a un acontecimiento físico externo al espíritu del hombre." (35)

Lo fundamental del dolor se encuentra en que desorganiza la intimidad del hombre en toda su estructura vital y psíquica. Cuando hay dolor en una persona el concepto o enfoque de la vida cambia.

El dolor que es sufrido a través de una agresión física es primariamente igual a la experiencia de un animal en situación análoga, pero primariamente igual, después solamente el hombre puede instalar el sosiego, la resignación o bien, el temor, la angustia, la tristeza, etc., sobre ese dolor.

(35) MARCUELLO FRANCO, Carmen Ana. Seminarios de Etica en Enfermería. p. 213

Algunas corrientes de pensamiento han utilizado la existencia del dolor como una demostración de la falta de sentido de la vida, pero aunque el dolor desde el punto de vista vital no tiene una determinada finalidad, cabría preguntarse si carece de sentido.

La vivencia del dolor es el sufrimiento, y a través de este, el dolor en que la vida experimenta una alteración, puede abrirse el camino hacia lo espiritual. Ante esta situación los enfermos se preguntan si este sufrimiento se puede modificar, si se ha convertido en un destino inevitable, si la vida tiene sentido.

El sufrimiento humano suscita compasión, conlleva al respeto y a la vez atemoriza. Cuando se quiere penetrar en el mundo del sufrimiento humano, no basta con hacer una descripción del sufrimiento sino que hay otros criterios que van más allá del campo de la descripción que hay que tomar en cuenta.

"Puede ser que la medicina, en cuanto ciencia y a la vez arte de curar, descubre en el vasto terreno del sufrimiento del hombre el sector más conocido, el identificado con mayor precisión y relativamente más compensado por los métodos del "reaccionar" (es decir, de la terapéutica). Sin embargo, éste es sólo un sector. El terreno del sufrimiento humano es mucho

más vasto, mucho más variado y pluridimensional. El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones".(36) Por ejemplo el peligro de muerte, la muerte de los propios hijos, la persecución y hostilidad del ambiente, ver a otra persona que sufre, la soledad y el abandono, remordimiento de conciencia, la dificultad en comprender por qué los malos prosperan y los justos sufren, la infidelidad e ingratitud por parte de amigos y vecinos, etc. "El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma". (37)

Dentro del sufrimiento se puede hacer una distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Hasta cierto punto se pueden usar como sinónimos las palabras "sufrimiento" y "dolor", por lo tanto, el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera duele el cuerpo, mientras que el sufrimiento moral es "dolor del alma". Este último trata del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión psíquica del dolor que acompaña tanto el sufrimiento moral como el físico. El sufrimiento moral no es menor que el sufrimiento físico, pero aquel es menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica.

(36) JUAN PABLO II. Salvifici Doloris. p. 7

(37) ibidem. p. 7

"No se puede negar que los sufrimientos morales tienen también una parte física o somática, y que con frecuencia se reflejan en el estado general del organismo." (38)

El hombre cuando se ve afectado por el mal o prueba el mal, se hace sujeto del sufrimiento; y este sufrimiento en sentido psicológico tiene una actividad específica: ..."actividad de dolor, de tristeza, de desilusión, de abatimiento o hasta de desesperación según toda la estructura del sujeto que sufre y de su específica sensibilidad." (39)

El dolor está ampliamente difundido en el mundo de los animales: pero solamente el hombre cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta por qué; y sufre humanamente de una manera más profunda, si no encuentra una respuesta satisfactoria a su sufrimiento.

3.2.1 El hombre ante el dolor

La plenitud de dolor no significa el vacío de la vida; por el contrario, el hombre madura en el dolor y crece en él. El sufrimiento tiende a salvaguardar al hombre de caer en la apatía; mientras el hombre sufre, crece y madura en él, el

(38) ibidem. p. 9

(39) JUAN PABLO II. op. cit. p. 11

dolor le templa, le hace más rico y más poderoso, en cuanto que tiene un crecimiento como persona.

Pero además, el sufrimiento tiene, de por sí, un sentido inmanente, que el mismo lenguaje nos lo hace ver: sufrimos de algo, decimos, porque no podemos sufrirlo, porque no podemos soportarlo, es decir, porque no admitimos su existencia.

"El debatirse del hombre con lo que el destino pone ante él es la misión más alta y la verdadera finalidad del sufrimiento. Cuando padecemos una cosa, le volvemos interiormente la espalda, ponemos cierta distancia entre nuestra persona y la cosa de que se trata. Mientras sufrimos de un estado de cosas que no debieran ser, nos hallamos bajo la tensión existente entre lo que de hecho es y lo que nosotros creemos que debe ser." (40) El sufrimiento crea en el hombre una tensión profunda haciéndole sentir como tal lo que no deber ser, es decir, vive una tensión fecunda entre el ser y el deber ser (aquí cabe cualquier aspecto: físico, moral, social, psicológico, etc.).

Cuando el hombre que sufre trata de aturdirse o distraerse y no afronta el dolor, no soluciona ninguna cuestión, no borra sus desgracias, lo que borra es simplemente una consecuencia de la desgracia: que es el estado afectivo que produce en quien la padece. Aquel que ante el sufrimiento trata de evadirse, "no aprende nada"; trata de huir de la realidad, por lo tanto, el

(40) FRANKL, Viktor E., Psicoanálisis y Existencialismo. p. 161

destino del hombre que sufre tiene como sentido, en primer lugar, el de conformarlo -cuando sea posible-, y, en segundo, el de soportarlo -si es necesario-. Es decir, en el primero es realizar valores de creación y en el segundo es comportarse conforme a los valores de actitud, a sabiendas de que también el padecer, representa una aportación humana. (41)

Como dice Goethe: "No hay en la vida ninguna situación que el hombre no pueda ennoblecer haciendo algo o aguantando". Y se puede afirmar que el "padecer" representa ya un "hacer"; siempre y cuando se trate de un verdadero padecer, de aguantar un destino que no puede hacerse cambiar por medio de la acción u omisión; en estos casos es una aportación del hombre; únicamente este padecer inevitable es un padecer pleno de sentido.

Se puede entender más lo dicho en párrafos anteriores con el siguiente relato: "hace muchos años, al distribuirse los premios por los actos más meritorios entre los "boy scouts" ingleses, fueron condecorados tres muchachos reclusos en un hospital por enfermedades incurables y que, sin embargo, no habían llegado a perder su sentido de la vida y su buen humor,

(41) cfr. ibidem. p. 166-167

soportando estoicamente sus padecimientos. Hicieron muy bien los encargados de fallar sobre los premios al reconocer aquel estoicismo como una "aportación" mucho más meritoria que las realizaciones, en el estricto sentido de la palabra, de otros exploradores." (42)

Hebbel afirma "...la vida no es algo, sino que es siempre, simplemente, la ocasión para algo".(43) Se puede concluir que las enfermedades brindan al hombre la "ocasión" de "padecer"; y que meritorio es el padecer de aquellos enfermos que parecen luchar y mostrarse a la altura de sus dolores.

En otras ocasiones, la enfermedad y el sufrimiento llevan a hacerse fuertes en sus supremas energías a hombres que hasta entonces han llevado una vida frívola, pasando de largo por delante sus mejores posibilidades.

"Pero el dolor y el sufrimiento, como todo lo humano, están sometidos al vaivén de la historia. Su estimación y las actitudes que provocan están perfectamente condicionadas por factores socio-culturales. La pleamar de la actual civilización ha disminuído de modo considerable el umbral del sufrimiento. Desde el descubrimiento de la jeringuilla de Pravaz y, sobre todo, a partir de los progresos de la psicofarmacología, el

(42) FRANK, Viktor E. op. cit. p. 166

(43) idem.

legítimo anhelo de salud se ha transmutado en una ansia desmedida de placer: no sólo se huye del dolor, sino que las gentes tienden a evadirse de los propios condicionamientos reales" (44), es decir, algunas limitaciones de la naturaleza humana.

Se concluye que el sufrimiento es esencial de la naturaleza del hombre, forma parte de su trascendencia; es uno de esos puntos en los que el hombre está en cierto sentido "destinado" a superarse a sí mismo, y de alguna manera es llamado a hacerlo.

El hombre como un ser material y espiritual, es un ser capaz de sufrir y por medio de este sufrimiento alcanzar la perfección plena en cuanto ser participado, convertir ese sufrir en una ayuda para identificarse con su creador.

Sin embargo, de una forma o de otra, el sufrimiento parece ser, y lo es, casi inseparable de la existencia terrena del hombre, por lo tanto, debe enfrentarlo con un sentido, porque el sufrimiento sin sentido conduce a la infelicidad, a la vejez, a la muerte.

(44) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo VIII. p. 57

3.3 ESTADO ANIMICO

"El contacto con un centro hospitalario constituye para muchos niños una de las experiencias negativas más importantes durante su infancia, aunque en estas experiencias hay ordinariamente un error de sobreestimación. En aquellos casos en que el miedo, la ansiedad y los temores acompañan a la hospitalización, la estancia en el hospital suele ser especialmente traumática para el niño. Su concepto de enfermedad y su interpretación de los procedimientos médicos en él empleados están cargados casi siempre de un tinte emocional. Los niños hospitalizados tienen con frecuencia ideas confusas sobre su enfermedad y sufren fantasías relativas a la muerte. Los más pequeños, a menudo interpretan la hospitalización como un castigo por algo que han hecho mal, generándose en ellos miedos a ser abandonados y a la pérdida del control. El hecho de encontrarse solos en un entorno nuevo y desconocido aumenta su sentimiento de indefensión. La hospitalización puede conducir al niño a una etapa de regresión, manifestándose a través de un comportamiento dependiente e inmaduro." (45)

Algunos autores consideran que la mayoría de las alteraciones psicológicas generadas por la hospitalización

(45) GONZALEZ-SIMANCAS, José Luis., Pedagogía Hospitalaria. p. 127

se debe a la separación familiar que el niño sufre. En cuanto se produce la hospitalización, el niño responde llorando, mostrando sentimientos depresivos y falta de interés por todo, y se niega a comer y a jugar.

Los sentimientos de ansiedad, depresión, miedos, temores e inhibición que aparecen durante y después de la hospitalización, pueden causar graves e importantes alteraciones del comportamiento como las siguientes: agresividad, conductas de oposición, trastornos de sueño, falta de atención, mutismo, falta de adhesión al tratamiento y medicación recomendada, respuestas de evitación, etc. Uno de los hechos más graves es que el niño rechace abiertamente el tratamiento, a causa de la ansiedad que padece, porque afectará de modo negativo en su futura evolución. (46)

3.3.1 Pesimismo

Pesimismo viene del latín "pessimum" que significa muy malo, lo peor; puede ser un juicio desfavorable o solamente considerar lo malo.

El pesimismo básico proviene de una convicción subjetiva de que: el estado de las cosas en el mundo es deficiente, nada

(46) ibidem. p. 128

bueno se puede esperar de los acontecimientos y por último de que la existencia del hombre en la tierra no es sino una cadena de preocupaciones y sufrimientos.

El niño enfermo puede caer en un estado de pesimismo, en donde el mínimo error o deficiencia de su atención, alcanzan una gran dimensión y es difícil de satisfacer, y cuando ya se ha logrado su satisfacción, el niño pone su atención en otro tipo de deficiencias o complicaciones.

Junto con el pesimismo puede aparecer un sentimiento de resignación, ésta es una emoción en la cual el horizonte del futuro no aparece, para el enfermo el tiempo es una carga que ha de llevar por la fatalidad de su destino. También puede verse la resignación como un sentimiento de amargura ante la reiteración de un hecho sucedido.

El pesimismo es un estado de ánimo por el cual el hombre percibe bajo la razón de mal, todos los fenómenos que le rodean. Se contrapone a optimismo, que se manifiesta en la alegría, fortaleza, audacia e incluso humildad.

En sentido filosófico el pesimismo es un modo de concebir la realidad, según la cual el ser se identifica con el mal. El pesimismo no descubre que el ser tiene razón de bien, y piensa que en la raíz última del ser se halla el mal. (47)

(47) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo XVIII. p. 416-417

Existen algunos factores que propician al niño a caer en un estado de pesimismo, como por ejemplo:

- El niño al ser internado en un hospital, sufre una separación del entorno familiar, y él lo percibe como una situación de soledad. A pesar de que el niño de 7 a 12 años va adquiriendo progresiva y gradualmente, una mayor independencia respecto del entorno familiar, al ingresar en el hospital se siente sólo y muchas veces piensa que sus papás lo han abandonado.

- La iniciativa para planear y ejecutar determinadas tareas es una característica del niño en edad escolar. La eficacia que logra con ellas y la aprobación social que recibe al alcanzar las metas establecidas generan en el niño los sentimientos de competencia y autoconfianza respecto de sus propias capacidades. Por el contrario, repetidas experiencias de fracaso o la desaprobación social respecto de las actividades realizadas -que es lo que suele pasar al niño enfermo, al interrumpir las actividades escolares, al ser etiquetado por sus amigos como el "diferente"- contribuyen al desarrollo en el niño de un débil sentimiento de autoeficacia, del cual se deriva una actitud de pesimismo.

- El dolor físico es otro de los factores que influyen en el pesimismo, pues el niño en ese momento piensa en lo que le duele y en todo lo que no puede hacer.

3.3.2 Tristeza

La tristeza se origina cuando el dolor influye en las facultades superiores del hombre (inteligencia y voluntad) y las vence. La tristeza es la emoción de la debilidad.

Hay dos tipos de tristeza: tristeza reactiva, comprensible: es la tristeza por esto o aquello, sin más. Y la otra tristeza surge de lo más profundo del ser, es la tristeza vital, la cual es la característica de la melancolía: grande, permanente, que parece que no ha de acabar nunca.

El niño enfermo cuando está triste toma una postura de indiferencia, no le interesa ninguno de los que le rodea, ningún goce, ningún pensamiento, ningún juego.

Se ha dicho que la separación del entorno familiar que ocurre durante la hospitalización de un niño, produce una situación de soledad, lo cual puede influir a que el niño caiga en un estado de pesimismo.

Antes de llegar al pesimismo, el niño hospitalizado que se siente sólo cae en un estado de tristeza, porque no está con sus seres queridos, no está en su casa, y a niños pequeños les entristece el no estar en su cuarto, en su cama, ni con sus muñecos.

A estos niños les entristece el no poder estar con sus amigos, jugar lo que ellos quieran, estar encerrados en un cuarto e incluso atados a un suero o sondas.

3.3.3 Melancolía

La melancolía se observa en el hombre por un estado de postración, gestos raros e indecisos, cansados, facies dolorosa, comisuras de los labios caídos, mirada triste, frente surcada por arrugas profundas, su voz es monótona y poco audible.

"La melancolía es uno de los cuatro humores del cuerpo humano que la medicina llama primarios; significa también tristeza grande y permanente, precedida de humor melancólico que domina, y hace que el que la padece no halle gusto ni diversión en cosa alguna." (48)

(48) BAILON BLANCAS, Manuel. No te rindas ante la depresión p. 16

En un estado melancólico "...el sujeto pierde la capacidad de iniciativa, cree o mejor dicho se identifica con el hecho de no poder, pareciéndole que semejante condición es la propia de la naturaleza humana. De ahí el devenir caviloso, irritable... conmovedor de la conciencia." (49)

Este estado de melancolía no ha hecho su aparición en el siglo XX, pues desde los primeros siglos ya había personas en esta situación. Por ejemplo, alrededor del siglo III, dejó escrito Galeno, el gran maestro de la medicina:

"Los melancólicos sufren siempre temores: pero las imágenes fantásticas no se presentan siempre de la misma forma... Existen diferencias entre los melancólicos. Todos padecen miedo y tristeza, pero no todos desean morir. Hay algunos cuya enfermedad radica en el temor a la muerte. Otros os parecen raros: temen a la muerte, pero al propio tiempo lo desean... Al igual que las tinieblas exteriores inspiran miedo y casi todos los hombres, así también el color de la bilis negra, al oscurecer la sede de la inteligencia como las tinieblas, engendra miedo." (50)

(49) ibidem. p. 17

(50) idem.

Robert Burton publicó, en 1621, su "Anatomy of Melancholy", de la cual se tomó la siguiente cita:

" Cambiaría mi estado por el de cualquier desdichado que se encuentre en la cárcel o en el muladar. Mi dolor no tiene cura, es otro infierno. No puedo vivir en este tormento. Ahora, desesperado odio mi vida. Dadme una cuerda o un cuchillo. Todos mis pesares son insensatos. Pero ninguno es tan condenado como la melancolía." (51)

El niño enfermo puede caer en un estado melancólico por su situación física que le afecta en sus sentimientos y emociones; dependiendo de su personalidad y situaciones externas será el grado de melancolía que pueda llegar a tener.

El descubrimiento de una alteración hace del niño un ser especialmente vulnerable, al que se le dedica una mayor atención por parte de sus padres y del personal del hospital. Por lo tanto, en algunos casos el niño hospitalizado es un ser vulnerable, es decir, puede pasar rápidamente de un estado de alegría a un estado de melancolía; dentro de su estado anímico es inestable, y es sensible para captar cualquier detalle (positivo o negativo) que lo haga cambiar de actitud.

(51) apud. BURTON, Robert. Anatomy of Melancholy.

El niño de 8 años cuando está cansado se enoja fácilmente, por lo tanto, el niño enfermo de esta edad es factible que continuamente se enoje y pueda llegar a un estado melancólico.

Al niño de 10 años le preocupa que se burlen de él; suele suceder que los amigos clasifiquen al niño enfermo como el "diferente", el "especial", incluso se burlan de él porque tiene que ir al médico frecuentemente o por alguna deformación física. Esto al niño de 10 años le preocupa demasiado y puede ser un factor que influya en las causas del estado melancólico.

Por otra parte, se ha visto que el niño enfermo está predispuesto a caer en un estado de tristeza, ya sea superficialmente o una tristeza profunda; ésta última es la melancolía, a la cual es difícil que el niño caiga en este estado, pues las características del niño -en donde las reacciones negativas duran poco, son muy activos, tienen gran habilidad manual, etc.- se pueden aprovechar para ayudar a salir al niño de la tristeza, por medio de actividades recreativas.

3.3.4 Aburrimiento

Se ha visto en capítulos anteriores las características de la infancia, la cual es la etapa de la actividad lúdica,

donde muchas veces el niño confunde la imaginación con la realidad; están en constante actividad; es la etapa de la sociabilidad, el niño aprende a compartir y a disfrutar en compañía de los demás.

El niño enfermo que está acostumbrado a charcos de barro, perros, bicis, árboles, carreras, ríos, cañas de pescar... Ahora dispone de estar acostado en una cama rodeado de cuatro paredes; y qué es ésto, comparado a la actividad que antes realizaba? en conclusión, se comprende ahora el aburrimiento del niño enfermo.

Una de las características del niño en edad escolar, es que es un ser muy sociable, le gusta relacionarse y tener muchos amigos.

Tanto la enfermedad como la hospitalización durante este período pueden restringir las oportunidades que el niño tiene de interacción social, especialmente con sus compañeros.

Por otra parte, alrededor de los 8 a 10 años, los niños son muy activos y suelen tener gusto por los juegos fuera de la casa, por lo tanto se aburren al estar en un hospital o dentro de un cuarto. Aquí lo mejor es aprovechar las actividades manuales para contrarrestar el aburrimiento derivado del no poder jugar en la calle.

CAPITULO IV

EL NIÑO ENFERMO HOSPITALIZADO

CAPITULO IV. EL NIÑO ENFERMO HOSPITALIZADO

4.1 MUNDO EXTRAÑO

En el capítulo anterior se concluyó cómo se ve afectado el estado anímico de un niño cuando enferma. Sucede lo mismo con el niño hospitalizado?

El estado armónico que tiene todo niño normal se ve perturbado de repente por la enfermedad; ésta muchas veces obliga a permanecer en la cama, limita la actividad... Además el niño es trasladado a un sitio para él desconocido, bruscamente es desprendido del vínculo materno y/o familiar.

Si por consiguiente, se agrega a la hospitalización el acto quirúrgico, el niño lo siente como un atentado a su integridad física y que lo manifiesta algunas veces por fantasía de aniquilación, es decir, pone en juego su imaginación y construye sueños en donde aparece él mismo como la víctima a quien van a matar, suele tener pesadillas y terrores nocturnos.

Por lo tanto, la respuesta de algunos niños será manifestada por un estado de angustia, frecuentemente manifestada por alteraciones de sueño, anorexia, enuresis,

depresión y en ocasiones verdaderos estados de pánico, que requieren una atención especial para evitar que queden secuelas y repercutan seriamente en su vida emocional.

4.2 SENTIMIENTOS, SENSACIONES Y REACCIONES QUE ACOMPAÑAN AL DOLOR

4.2.1 Agitación

"Es la superabundancia de movimientos dirigidos a un fin único. Con ello se percibe algo amenazador, algo que irrita, desorienta, algo que no se puede abarcar. Produce excitación, turbación, desorganización del comportamiento y, junto con todo esto, se observa aceleración de la actividad cardíaca y respiratoria." (52)

4.2.2 Ansiedad y Angustia

La enfermedad es una fuente generadora de ansiedad, y esta afirmación se puede fundamentar sistematizándola en tres diferentes niveles: biológico, ambiental y psicológico. (53)

(52) cfr. MARCUELLO FRANCO, Carmen Ana. Seminarios de Etica en Enfermería. p. 214

(53) idem.

Nivel biológico:

Desde el punto de vista biológico, toda enfermedad presenta una cierta ruptura en el organismo cuyo funcionamiento por ello resulta impedido, generando consecuencias maladaptativas. Ante ésto el organismo debe responder satisfaciendo dos demandas fundamentales:

- La compensación del subsistema alterado y de las funciones que en él descansan.
- El esfuerzo por adaptar el organismo todo a las circunstancias cambiantes del medio ambiente.

El equilibramiento compensatorio de las dos funciones, señaladas anteriormente provoca necesariamente la aparición del estrés, y con él, la activación del Sistema Nervioso Central.

Nivel ambiental:

Existen algunas razones de tipo ambiental que incrementan el estado de ansiedad en el niño enfermo; la separación de sus familiares, el aislamiento a que es sometido el niño, el modo en que se le recibe, su adaptación a las normas hospitalarias y el tener que abandonarse en manos de personas desconocidas, exigen de él un mayor esfuerzo que pudiera desencadenar respuestas de ansiedad.

A esto se añaden los temores surgidos ante las distintas pruebas que se le somete con aparatos extraños y sofisticados,

cuyo funcionamiento ignora y nadie le explica. Ante estos instrumentos el niño puede responder teniendo una actitud mágica (esperando excesivamente su curación por estos aparatos), lo que tendría un efecto ansiolítico, ó con una actitud de resistencia y desconfianza ante los mismos instrumentos (lo que incrementaría sus conductas de ansiedad).

Nivel Psicológico:

Por último hay factores psicológicos que contribuyen a aumentar la angustia de los niños enfermos. En el nivel psicológico de los factores más importantes son los de tipo cognitivo:

- La enfermedad supone, en primer lugar, una situación de egoimplicación muy importante (el futuro de la vida del enfermo depende de ella).
- La situación de expectación ante los cambios futuros que, naturalmente desencadena la llamada ansiedad de expectación.

La ansiedad de expectación no hace así, sino crecer sin lograr con su concurso adaptar la conducta humana.

El niño enfermo anticipa con mucha facilidad lo peor, negativizando (temores) lo que pueda suceder en el futuro; esta activación puede acrecentarse y desorganizar la conducta,

aumentar la desesperanza (en algunos casos desesperación), y generar una reacción depresiva.

La angustia en el aspecto psicomotor tiene el carácter de vivencia paralizante. La persona angustiada teme que algo pueda ocurrir, teme a lo desconocido; es el resultado de cualquier conflicto que pone en peligro la existencia del yo. El angustiado espera con temeridad una serie de desgracias, lo que lo mantiene en una especie de inmovilismo.

"La ansiedad tiene el carácter de vivencia que dispone, que pone en marcha, que hace actuar sin descanso y sin demasiado sentido, es ese actuar loco, ese no poder estar (quieto); Todo esto denuncia la presencia de la inquietud que se expresa en el plano psicomotor produciendo cambios constantes en la conducta del individuo, informando fácilmente al observador del desasosiego que tiene la persona." (54)

La persona con ansiedad teme a algo y trata de evadirse, actúa incansablemente con la idea que alcanzará antes o después un equilibrio satisfactorio.

"Puede establecerse una diferencia entre el miedo o temor y la angustia. El primero se experimenta con respecto a algo concreto, al sentirse amenazado por un peligro real que puede ser definido; por el contrario, la segunda surge en medio de lo

(54) idem.

inexplicable, allí donde el peligro que amenaza es vago e indeterminado." (55)

En el niño, la angustia y el miedo están casi fundidos mutuamente, como consecuencia de su mundo peculiar y de su vida interior menos diferenciada.

La experiencia clínica ha demostrado cómo bajo muchos miedos concretos se esconde una vivencia de angustia, tan insoportable que la persona angustiada utiliza mecanismos de defensa.

"La angustia puede en ciertos niños asumir gran intensidad y persistencia, ya sea experimentada como sentimientos de aprehensión e inseguridad o bien en la forma de fobias y miedos específicos. El niño angustiado suele perder el apetito, llorar frecuentemente, vomitar los alimentos, etc." (56)

4.2.3 Pesimismo, Tristeza, Melancolía

Estos tres estados anímicos en ocasiones suelen presentarse en los niños enfermos, al igual que en los niños hospitalizados.

(55) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo II. p. 280

(56) DE LA FUENTE MUÑIZ, Dr. Ramón. Psicología Médica. p. 257

El pesimismo es un estado en donde la persona ve toda la realidad subjetivamente, hace juicios desfavorables y constantemente ve lo malo de todo.

En algunas ocasiones junto con el pesimismo se puede observar una actitud de resignación, sobre todo cuando la enfermedad es grave o prolongada, la cual presenta un sentimiento de amargura ante los hechos sucedidos o el futuro.

Otras veces se observa en el enfermo tristeza. Esta fue definida como la emoción de la debilidad. Se origina cuando el dolor influye en las potencias del hombre y las vence.

También puede observarse la melancolía o la tristeza del melancólico. La cual ya se explicó en el capítulo anterior.

Un ejemplo de humor triste es el que tan bien reflejó el poeta Lenan en una carta cuando dice: "por todas partes está negra mi alma". (57)

4.2.4 Temor

El temor surge cuando algo externo puede poner en peligro la conservación del propio individuo, y la amenaza no es percibida como directamente actual, palpable, sino como posible, según dicta la experiencia.

(57) cfr. MARCUELLO FRANCO, Carmen Ana. op. cit. p. 217

El temor produce debilidad corporal: la persona no es dueña de sus movimientos, se le pueden doblar las rodillas, tener temblores, etc. El paciente al tener temor le disminuye esa firmeza que se requiere para mantener la lucha por la vida.

"El miedo que puede tener el paciente con dolor es un miedo a lo ya experimentado, teme que se repita, que sea tan intenso o más, que le desborde. Teme que el analgésico no sea lo suficientemente potente, teme que no se le ponga con la prontitud suficiente que lo solicite, duda de la eficacia del mismo. No es el dolor la única causa de temor en el hospital."
(58)

El temor a lo desconocido se da en el hospital con mucha frecuencia; por ejemplo cuando el paciente va a ser sometido a una prueba diagnóstica, desconoce si ésta es o no dolorosa, tiene miedo durante la prueba, y también los días que siguen al resultado de la misma.

4.2.5 Depresión

La depresión es menos frecuente en la infancia que en otras épocas de la vida.

(58) ibidem. p. 216

Algunos niños que están en un estado de depresión han presentado las siguientes características: sus procesos en la adquisición de nuevas habilidades son lentos y ante situaciones frustrantes tienden a usar pautas de evasión.

a) Posibles causas de la depresión del niño:

Muchos de los niños que caen en un estado depresivo, provienen de familias en que ambos padres son intelectuales, gentes absorbidas por sus profesiones con poca vida hogareña y además son incapaces de relacionarse de una manera cálida y amorosa con sus hijos. El niño en estas condiciones vive en un vacío emocional y como consecuencia cae en la depresión.

La edad influye de manera clara, porque a medida que aumenta la edad, va aumentando la posibilidad o frecuencia de caer en estados depresivos.

Los antecedentes familiares de enfermedades depresivas son mucho más frecuentes en pacientes atendidos por trastornos afectivos que en la población general; con lo cual se llegó a la conclusión de que existe un mecanismo hereditario; por lo tanto puede ser la depresión de un origen de trastorno más orgánico o biológico que psicológico o social. (59)

(59) cfr. BAILON BLANCAS, Manuel, et al. No te rindas ante la depresión. p. 33-35

4.3 ALTERNATIVAS DE APOYO

4.3.1 En relación a la angustia y ansiedad

Si el niño está en un estado de ansiedad y angustia como consecuencia del dolor, no está en condiciones de aceptar un diálogo acerca de su dolor, molestias, etc., porque resulta muy difícil hacerlo; tampoco está dispuesto a aceptar razonamientos que no sean los suyos, lo único que quiere es lo que pide y lo desea rápidamente.

La actitud de la persona que acompaña al niño, para calmar su ansiedad debe satisfacerle lo que pide, sus necesidades; pues si no se le consigue lo que pide, su ansiedad irá en aumento.

Cuando el niño ya ha recibido lo que pedía con ansiedad, ya está en condiciones de entablar un diálogo abierto y factible; y podrá escuchar y entender las explicaciones que se le den acerca de su dolor.

4.3.2 En relación al temor

Existen algunos niños que temen que el medicamento que se les administre no les sirva, no sea lo suficientemente potente

para aliviar su dolor; esto se da sobre todo en niños de 10 a 12 años.

Si en alguna ocasión un niño se encuentra en el caso anterior, la persona que lo atiende además de administrarle el medicamento, debe comprobar después de un tiempo determinado,, si el calmante ha hecho su efecto. La presencia de la persona encargada en la habitación del niño le da mayor confianza al niño, porque sabrá que si no fue suficiente el medicamento que le dieron, ahí hay una persona muy cerca y disponible para atender su nueva necesidad; así se evita ese temor, se disminuye la ansiedad y se favorece la acción del medicamento.

4.3.3 En relación a la tristeza

Cuando un niño está triste, lo primero, evidentemente es evitar la causa, y si ésta es el dolor, ahí debe centrarse la atención del equipo médico y asistencial.

"Se sabe si hay dolor, y sobre todo intenso, cuando el niño no duerme, no tiene ganas de visitas, no está en condiciones de leer, ver televisión, etc... Así pues el primer objetivo ha de ser quitar el dolor, después hemos de tratar de sacar al paciente de ese estado de tristeza, pesimismo o melancolía, hemos de estimularle a que realice quizás esas aficiones o hobbyes que en su vida familiar, social, etc.,

tenía; si le gusta leer el periódico brindarnos a comprárselo; si no tiene familia o por residir fuera viene al hospital por la tarde, conversar con él sobre temas de interés, etc. A veces hemos podido observar que quizá estos temas de su interés le hayan producido más tristeza por la imposibilidad ante la que se encuentra, será el momento de buscar otros temas que lo saquen de esa situación; también estimularle para que salga de la habitación, si él no puede solo, acompañarlo, etc." (60)

Se trata de fomentarle una esperanza realista y optimista apoyada en la paciencia, lo cual es una tarea eficaz y a veces difícil para el equipo asistencial (familia, enfermeras, pedagogos, doctores).

4.4 CONSECUENCIAS MAS FRECUENTES DE LA HOSPITALIZACION DE UN NIÑO

4.4.1 Enuresis

" El término se refiere a la emisión involuntaria de orina en forma persistente después de la edad de 3 años. La enuresis es habitualmente nocturna y su ocurrencia varía entre 2 y 7 veces por semana." (61)

(60) MARCUELLO FRANCO, Carmen Ana. op. cit. p. 217

(61) DE LA FUENTE MUÑIZ, Dr. Ramón. op. cit. p. 258

Este problema es más frecuente entre los niños que entre las niñas. A medida que el niño va creciendo este problema declina; es raro el que un adolescente de 15 o 18 años padezca el problema. Excepcionalmente el síntoma persiste después de los 30 años.

a) Causas fisiológicas:

Excepcionalmente el síntoma está en relación a una anomalía respecto a la vejiga; puede ser que alguna de las dos esfínteres (externa e interna) no tenga elasticidad.

Se ha señalado también su relación con la espina bífida oculta.

"Un retraso en el logro de la madurez de los centros voluntarios de la micción que permite durante el sueño, cuando normalmente disminuye el control cortical, que el tono de los esfínteres se relaje con presiones vesicales más ligeras que las habitualmente toleradas." (62)

b) Causas psicológicas:

En algunas ocasiones puede ser que haya una hostilidad inconsciente por parte del niño.

(62) idem.

Celos: frecuentemente se da cuando el niño tiene otros hermanitos, o nace un nuevo hermanito, el cual requiere mayor atención de sus padres. Presenta este síntoma de enuresis como un intento de asegurar atención y ayuda, es decir, quiere llamar la atención de sus papás.

Miedo: al principio de este capítulo se ha hablado del miedo que presentan algunos niños hospitalizados, al cual si se le agrega el miedo que erróneamente les infunden los padres, o las amenazas que les hacen ("si te portas mal te van a poner una inyección"; "te va a comer el coco"; "si haces esto te pego"...) van acumulando posibles causas para que el niño presente un problema de enuresis.

La sensación de abandono que algunos niños sufren, por ejemplo: los niños huérfanos, los que viven en casas hogar, los que están en guarderías, etc.

Otra posible causa es la asociación inadecuada que puede hacer un niño. Por ejemplo un niño que haga el siguiente razonamiento: "mis papás me regañaron, se van de vacaciones y me dejan con mi tía, por lo tanto no me quieren". Aquí el niño también tiene esa sensación de abandono por parte de sus papás.

Niño hospitalizado: los días siguientes a la hospitalización, el niño se va a orinar, algunos llegan a tener enuresis por los traumas que vivió.

Llamar la atención por inseguridad: el niño tiende a atraer la atención por falta de ésta o también por sobreprotección.

c) Causas temporales:

El frío en ocasiones puede ser una causa de enuresis.

Miedo específico: por alguna impresión muy fuerte que haya sufrido. En este caso también cabe el niño hospitalizado.

d) Alternativas de apoyo en niños hospitalizados:

Para que un niño que haya sido hospitalizado y como consecuencia tenga el problema de enuresis, los padres deben explicarle que se le llevó al hospital y qué se le hizo.

También es aconsejable llevarlo al hospital a que haga un recorrido por los lugares donde estuvo.

4.4.2 Alteraciones de sueño

De los trastornos del ciclo vigilia-sueño el más común es el aumento de la necesidad de dormir (hipersomnia), mientras que los insomios completos son raros. Insomio es falta de sueño o incapacidad de dormir.

Los que se dan frecuentemente en los niños hospitalizados, son los insomios parciales, en donde "el sistema reticular activador recibe impulsos, información de todas las vías sensoriales integrándolos en los circuitos corticales, sobre todo en el límbico (de profunda significación afectivo-vegetativa), por lo cual, situaciones de stress o de tensiones intelectuales-espirituales y emotivo-afectivas pueden interferir en el equilibrio de ambos sistemas impidiendo el sueño." (63)

Resulta de gran importancia aclarar que el sueño fisiológico no es el mismo que el sueño conseguido por medios farmacológicos, por lo tanto conviene que al niño hospitalizado no se le den inductores de sueño o algún medicamento para dormir, sino tratar de evitar el stress y las tensiones emotivo-afectivas que provocan el insomio; esto se puede hacer por medio de la distracción del niño, a través del juego.

4.4.3 Alteraciones en el ánimo

El trastorno del estado de ánimo en un niño hospitalizado se manifiesta en el sentido del humor, éste es síntoma guía. El niño en ocasiones se encuentra en un estado de tristeza que se caracteriza por los siguientes síntomas: desesperanza, apatía, falta de iniciativa, irritabilidad, etc.

(63) ABAD PEREZ, Antolín, et al. op. cit. Tomo XXI. p. 794

El niño hospitalizado tiene dificultad para experimentar alegría e incluso para "sentir" las cosas como antes (juegos, amigos, familia, etc.), se puede decir que presenta una incapacidad para el disfrute de las actividades previamente placenteras, por lo que todo pasa a sentirse como una obligación o peso sin gratificación alguna.

4.4.4 Anorexia

"El problema consiste en el rechazamiento de cualquier alimento, el de algunos alimentos importantes en forma específica, o bien en que el niño por saciarse rápidamente come menos de lo necesario. La falta de apetito se acompaña frecuentemente de otros síntomas y trastornos de la conducta que también expresan desajustes emocionales." (64)

En el niño hospitalizado se puede presentar la anorexia, porque este niño presenta una gran variedad de conflictos que generan ansiedad, la cual sobre todo si es persistente es capaz de inhibir el apetito.

Puede ser que en ocasiones el niño que ha sido hospitalizado presente anorexia ante algunos alimentos

(64) DE LA FUENTE MUNIZ, Ramón. op. cit. p. 259

específicos, los cuales fueron los mismos que le dieron de comer en el hospital, y como conclusión es un rechazo del niño hacia esa situación en que estuvo.

CAPITULO V

PROGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA NIÑOS
HOSPITALIZADOS

CAPITULO V. PROGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA NIÑOS
HOSPITALIZADOS. (*)

5.1 PROGRAMA REALIZADO EN UN HOSPITAL DEL SECTOR SALUD

5.1.1 Justificación

En la historia reciente de los hospitales, la influencia decisiva de la ciencia y la técnica, orientaron sus funciones a la satisfacción primordial de las necesidades diagnósticas y terapéuticas del "cuerpo enfermo", se fragmentó la unidad cuerpo-mente-espíritu y el "balance interno" (equilibrio integral) se descuidó. Lo científico dominó a lo "simplemente" humano, lo objetivo a lo subjetivo; lo demostrable, comprobable y evaluable a lo inmaterial, intangible a lo no medible. Algunos hospitales se organizaron como talleres, en otros se llegó a limitar la presencia o compañía de los familiares junto al enfermo, importaban más los "tiempos y movimientos", la organización y la productividad, que el bienestar del enfermo, comprendido éste como ser indivisible.

(*) Programa de ludoterapia (Realizado y puesto en marcha en la Delegación Estatal de Jalisco, Hospital de Pediatría. Centro Médico de Occidente). Se tomó estrictamente el programa, sin alterar nada.

Esta inhumana maquinización de los enfermos, trasciende más en el caso de los niños y puede originar importantes secuelas emocionales por la dificultad que enfrentan durante el período de enfermedad y hospitalización, para expresar emociones y sentimientos.

Se trata de recuperar el apoyo emocional para los pacientes pediátricos y orientar la atención con los programas que apoyen toda iniciativa que reintegren a la familia, evite la hospitalización o la vuelva menos traumática.

5.1.2 Objetivos

a) Proporcionar a los niños hospitalizados, con estancia prolongada y cuyas condiciones de salud lo permitan, sesiones de actividades lúdicas.

b) Disminuir la tensión emocional en el niño ocasionada por su propio padecimiento y por su estancia hospitalaria; proporcionándole un ambiente más acorde a sus necesidades infantiles.

c) Contribuir a la más rápida recuperación de la salud en el niño hospitalario.

d) Proporcionar a todo el personal del hospital la información necesaria sobre el programa de ludoterapia a través de sesiones, volantes y cartulinas.

e) Favorecer la integración del equipo de salud en el sentido humanístico de la atención médica, con una participación activa de todo el personal del hospital en este programa.

f) Valorar los beneficios de disponer las áreas físicas adecuadas y actividades lúdicas en forma temporal dentro de los hospitales pediátricos. (Que el personal que esté involucrado en el programa, valore y cuide las áreas en que se realizan las actividades lúdicas).

5.1.3 Actividades

a) Específicas

- * Recorte y pegado (collage), libre o dirigido.
- * Manualidades
- * Modelado: en distintas pastas
- * Lectura: cuentos infantiles
- * Juegos de mesa, educativos: tradicionales
- * Dibujo e iluminación libre
- * Boleado y ensartado

b) Generales

- * Festivales en fechas especiales
- * Periódico mural
- * Cantos y rondas infantiles
- * Teatro guiñol y teatro infantil
- * Proyección de películas
- * Paseos al jardín
- * Rimas y poesías

5.1.4 Recursos

a) Humanos:

- * Colaboración decidida de prestaciones sociales
- * Dos residentes de III grado de pediatría
- * Una enfermera general
- * Dos estudiantes de enfermería pediátrica
- * Dos auxiliares de enfermería
- * Una trabajadora social
- * Un pasante de psicología
- * Familiares de los pacientes
- * Educadoras en servicio social
- * Personal voluntario

b) Materiales:

- * Todos según la actividad específica programada
- * Transporte oficial cuando se requiera
- * Una grabadora
- * Rollos para fotografías
- * Medicamentos indicados por el personal
- * Dieta de complacencia para cada paciente
- * Artículos de recreación

5.1.5 Universo

Pacientes atendidos en el hospital pediatra en los servicios de hematología y oncología que reúnan los requisitos para participar.

5.1.6 Límites

De tiempo: en forma permanente, una vez por semana y bimestralmente paseos programados.

De espacio: áreas verdes del hospital, parques y centros recreativos urbanos, centros vacacionales.

5.1.7 Evaluación

a) Del programa:

- * Número de sesiones de ludoterapia específica
- * Número de sesiones de ludoterapia general
- * Número de niños de ludoterapia específica y general
- * Número de niños en ludoterapia individual
- * Tipo de actividades seleccionadas (específicas)
- * Tipo de actividades generales programadas y realizadas
- * Número de participantes en actividades específicas
- * Número de padres o familiares incorporados al programa
- * Número de sesiones de orientación en la ludoterapia
- * Recursos empleados
- * Análisis de problemas y seguimiento
- * Casos problema, derivación y seguimiento

b) De los efectos:

* Análisis comparativo de los resultados de la cédula para determinar angustia en el niño hospitalizado, aplicada pre y post ludoterapia a una muestra representativa, seleccionada en forma aleatoria. Esta cédula se aplicará en forma conjunta por los coordinadores del centro (de preferencia de psicología) y las enfermeras tratantes, y será evaluado por el departamento de higiene mental.

5.2 RESULTADOS DEL PROGRAMA REALIZADO EN UN HOSPITAL DEL SECTOR SALUD

La ejecución de manualidades en piso -en las que se desplegó la creatividad y optimización del material disponible-, logró atenuar los sentimientos negativos del niño y canalizar su tensión a actividades constructivas.

Por otra parte, los familiares acompañantes tuvieron más confianza en separarse del paciente, al saber que estaba atendido y tranquilo, además de resultar muy benéfico su apoyo, principalmente en el traslado de los niños.

Por lo cual se considera que el objetivo principal del programa, que es disminuir la tensión emocional del niño hospitalizado, se logró en alto porcentaje.

A pesar de la desaparición de varios pacientes por defunción, se pudo percibir que estas actividades cubrieron su función terapéutica, al disminuir la tensión propia de esta fase final.

De los objetivos propuestos en el programa, se considera que se lograron en un 90% los dos primeros: proporcionar períodos de esparcimiento y disminuir la tensión en el niño.

La aceptación al programa recreativo para los niños por parte del personal hospitalario, puede considerarse un paso adelante dentro del logro de objetivos del mismo, aunque todavía su participación se ve limitada por la problemática laboral y cargas de trabajo de cada área.

Queda pendiente de valorar en qué forma el programa ha contribuido a la más pronta recuperación del paciente.

Cabe considerar que estos resultados se han obtenido por medio de encuestas y entrevistas realizadas a personas involucradas en el programa de ludoterapia, pues la evaluación que hace anualmente una trabajadora social es deficiente y poco profunda, se limita a hacerla cuantitativamente, porque no tienen un psicólogo que haga la evaluación cualitativamente por medio de tests, diagnósticos, observaciones, etc. Y por lo tanto, su manera de evaluar es cuantitativamente hasta el momento, por falta de personal preparado.

5.3 PROGRAMA PROPUESTO

5.3.1 Justificación

Analizando el programa de ludoterapia anteriormente mencionado, se ha visto que no cubre con los requisitos de un programa de actividades recreativas para niños hospitalizados:

1. En cuanto a los objetivos se quedan solamente en informar acerca del programa y no forman. Sus objetivos no contribuyen a la formación de la persona: niños, padres, asistentes, etc.
2. El programa en algunas ocasiones no se entiende por su mala redacción.
3. Con las actividades que proponen no se cubren todos los objetivos: cubren todos los relacionados con el niño, pero en cuanto a la información del personal no se cubren.
4. En los recursos humanos no incluyen al Licenciado en Pedagogía, que es el que se va a encargar de la formación integral de la persona.
5. En cuanto a la evaluación se limitan a hacerla de una manera cuantitativa y descuidan la evaluación cualitativa, la cual es indispensable y la más importante en este programa.

Una mejor tolerancia a la hospitalización conlleva de ordinario una mejor evolución de la enfermedad. Este hecho alcanza una especial importancia en el caso de los niños

enfermos crónicos, los cuales, antes o después, acaban por tener que enfrentarse con el hecho de la hospitalización.

Por otra parte, la calidad de vida de estos niños depende en gran parte del estilo de vida que adopten y del mayor o menor cuidado que presten a la enfermedad que padecen.

Por todo ello es muy conveniente, e incluso imprescindible en algunos casos, que el niño aprenda a convivir con la enfermedad, lo que en buena parte constituye uno de los objetivos de este programa; a través de actividades recreativas el niño enfermo aprende a convivir con los demás, con sus limitaciones y por medio de estas relaciones el niño no pierde la alegría y su ritmo de recuperación es más rápido.

5.3.2 Objetivos

a) Para el Pedagogo y personas que intervengan en el programa:

1. Llegar a tener una idea clara y firme del sentido del dolor, la enfermedad y la muerte.
2. Generar algunas actitudes y hábitos personales que son necesarios para la atención educativa a la persona enferma:

* Una autoridad moral que dé confianza y seguridad al niño.

* Sensibilidad, comprensión; y exigencia amable, serena, al mismo tiempo, con los niños y con uno mismo.

* Generosidad y disponibilidad para estar en todas las tareas que se necesite.

* Fortaleza que permita afrontar la dureza de la tarea, comprendiendo los defectos y debilidades de los niños, sin indignación ni ira, y por tanto, paciencia auténtica, activa, no pasiva.

3. Aprender a conocer las necesidades intelectuales, morales y afectivas del niño hospitalizado y de cada niño en particular, y a satisfacerlas en lo posible y en cada caso concreto.
4. Conocer y poner en práctica una amplia gama de técnicas didácticas, de actividades de entretenimiento (modelado, dibujo, pintura, organización de juegos y festejos, etc.) sabiendo integrar la técnica, siempre, en una actuación humana.

b) Para el Niño Hospitalizado:

1. Disminuir el estrés y la ansiedad ante la hospitalización y los tratamientos médicos que recibe.

2. Procurar el ajuste inmediato a la enfermedad y a la hospitalización.
3. Evitar las alteraciones emocionales y conductuales.
4. Facilitar su recuperación y el pronto abandono del hospital.
5. Evitar el aburrimiento mediante una actividad lúdica.

5.3.3 Actividades

a) Teatro:

La obra teatral la pueden representar personas invitadas, ajenas al hospital, o por los niños hospitalizados que físicamente puedan actuar. El que los niños actúen en las obras de teatro les motiva mucho.

Es muy positivo, el que los niños mismos sean los productores de las obras, pues utilizan su imaginación y ponen en práctica la creatividad. Para ésto los tiene que dirigir una persona que sepa de teatro.

Pueden hacer obras de teatro por medio de representaciones de cuentos, por ejemplo: caperucita

roja, blanca nieves, la espada en la piedra, Petter pan, pinocho, el gato con botas, etc.

b) Dibujo:

Cada uno de los niños hace un dibujo libremente, los ayuda a destensionarse. Por ejemplo: después de hacerles una curación muy dolorosa, se les da un papel y lápiz o colores para que empiecen a dibujar, al principio harán rayones porque están tensos, y poco a poco van dibujando.

c) Poesía y dibujo:

Consiste en copiar una poesía en una hoja y dibujar en ella, libremente, algo que tenga relación con el poema.

Se sugieren algunos temas de poesías:

- El campo
- El cielo: nubes, estrellas, sol, luna.
- El payaso.
- Poesía a la madre.
- La ciudad.
- Animales, especificando uno o dos.

De estos temas hay gran variedad de poesías que se pueden elegir, de acuerdo a la edad y cultura del niño, para que las pueda entender.

d) Pintura:

Se procede igual que en el dibujo.

e) Excursión por el hospital:

Su objetivo principal es enseñar al niño a situarse dentro del edificio y evitar así posibles temores y sensaciones de encierro: orientarle en el espacio hospitalario, nuevo para él. Después de esto el niño se encuentra más seguro y ambientado.

Es recomendable llevar al niño a todas las zonas del hospital -exceptuando el anfiteatro-, y sobre todo explicarles el funcionamiento y la utilidad de cada uno de los aparatos e instrumental médico; pues el niño en la edad escolar tiene interés -y a veces curiosidad- de saber "qué es" y "para qué sirve"; y con esto se evita el que los niños les tengan miedo a aparatos extraños, pues con la explicación se familiarizan más con ellos.

Además, conviene que los niños conozcan al personal médico y éstos los traten amablemente y siempre con una sonrisa. El personal de asistencia debe hablarles a los niños por su nombre, para esto cada niño puede tener un "gafete" con su nombre.

f) Lecturas recreativas:

Lectura individual o en grupo, de cuentos, historias, biografías, poesía, novela, etc.

(literatura infantil y juvenil). Se recomiendan las siguientes lecturas:

Literatura infantil:

- Platero y Yo
- Caperucita roja
- La vida de Jesús
- La vida en la selva

Literatura juvenil:

- Corazón
- El pequeño capitán
- Mujercitas
- El Quijote de la mancha
- La isla del tesoro
- Marcelino pan y vino

g) Cine:

En fechas espaciadas pasarles alguna película infantil o caricaturas.

Por ejemplo:

- Blanca nieves y los siete enanos.
- Caperucita roja
- Petter pan
- Alicia en el país de las maravillas.
- La cenicienta.

También documentales que traten de la naturaleza, de fábricas, de la vida del hombre, de animales, etc.

h) Fiesta de cumpleaños:

El cumpleaños de un niño es uno de los mayores acontecimientos festivos dentro de este programa.

Al niño que cumple años se le hace una fiesta: con globos, serpentinas, pastel, agua o refresco y payasos que amenicen la fiesta.

i) Trabajos manuales:

Casi todos los trabajos manuales son susceptibles de ser realizados en grupo (periódico mural, construcción de juguetes, elaboración de adornos para fiestas, etc.).

j) Otras actividades:

Juegos de mesa de todo tipo. Paseos. Concursos de pintura o de otras habilidades.

5.3.4 Tiempo

El programa cubre toda la estancia del niño en el hospital, no tiene un tiempo límite.

Se trabaja en las mañanas desde el momento en que todos los niños ya estén cambiados de bata y aseados, hasta antes de comer.

Y en las tardes es cuando intervienen las familias, con las obras de teatro, festejos de cumpleaños, cine, juegos de mesa y actividades manuales.

Se incluye un cronograma con las actividades recreativas adecuadas para un año. (Ver Anexo).

5.3.5 Recursos

a) Humanos:

- * Grupo de investigación: compuesto por dos pedagogos. Este grupo se encarga de detectar las necesidades del programa y de la evaluación.
- * Grupo de organización y dirección: lo compone un pedagogo.
- * Grupo de plantilla: que los componen estudiantes divididos en tres subgrupos: en cada uno de ellos hay: 5 pedagogos, 3 trabajadores sociales, 5 educadoras y además un psicólogo. Este grupo de

plantilla se encarga de atender a los niños hospitalizados aplicando el programa. Se especifican las actividades que le corresponden a cada grupo:

Pedagogos:

- Atenden individualmente a los niños con un período de ingreso superior a los 15 días.
- Transmitir una idea clara y firme del sentido del dolor y de la enfermedad, a los niños, padres de familia e involucrados en el hospital.
- Conocer y atender las necesidades intelectuales, morales y afectivas de cada niño hospitalizado.
- Transmitir a los padres de familia el contenido, utilidad y forma de participar en el programa.

Trabajadores sociales:

- Atender individualmente a los niños cuyo período de hospitalización no excede de los 15 días.
- Encargarse de la excursión por el hospital: realizarla en grupos pequeños.
- Organizar las fiestas de cumpleaños.

- Transmitir al grupo de pedagogos, una información completa de la situación familiar y económica actual de cada niño.

Educadoras:

- Organizar y atender las actividades de recreación: manualidades, teatro, dibujo, pintura, poesía, lecturas recreativas, juegos varios, etc.

Psicólogo:

- Atender casos extraordinarios de niños con problemas fuertes de depresión, miedo o alguna psicopatología.

- Evaluar el programa: las consecuencias psicológicas que tiene el programa en el niño, antes, durante y después de aplicarlo.

b) Materiales:

- * Artículos de recreación: juguetes, juegos de mesa.
- * Zonas de recreación
- * Material didáctico: hojas, lápices, colores, pinturas, etc.

* Literatura infantil y juvenil.

* Material de películas.

5.3.6 Universo

Niños en edad escolar hospitalizados de la clínica donde se aplique el programa, y reúnan las condiciones necesarias (físicas) para poder participar en dicho programa.

5.3.7 Seguimiento

El grupo de investigación que lo forman dos pedagogos tienen como misión detectar todo tipo de necesidades y propuestas que van surgiendo en el trabajo dentro del programa a través de las memorias del grupo de plantilla y las sugerencias de éste grupo, del personal clínico y de los enfermos.

El grupo de investigación se encarga del estudio y comprobación de las necesidades captadas, el estudio de los posibles medios de satisfacerlas, así como el proyecto para cursar en la práctica el plan considerado más adecuado.

Y por último, el estudio y comprobación de la eficacia del plan en caso de llevarlo a cabo. Para esto cada dos meses se harán encuestas al personal médico, a los participantes del

programa y familiares, para saber cómo está el niño durante y después de aplicarle el programa de actividades recreativas.

Además, para darle un mayor seguimiento, después que hayan pasado cuatro meses de la hospitalización del niño, la trabajadora social irá a visitarlo a su casa, para investigar si el hecho de la hospitalización ha dejado consecuencias positivas, neutras o negativas, y analizar si el programa de actividades recreativas ayudó al equilibrio emocional del niño.

Para la evaluación se basarán en la observación, encuestas, entrevistas, test y otros instrumentos de evaluación.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

- 1a. El dolor, la enfermedad y el sufrimiento, como manifestaciones del mal en general, no tienen en sí mismas el poder de perfección en cuanto a la experiencia humana. Como la experiencia del dolor no es indiferente a la persona, pero tampoco es benéfica o perjudicial, de la actitud ante el dolor y del modo de padecerlo depende un progreso en el perfeccionamiento humano de la persona que sufre.

- 2a. El niño es una persona que goza de derechos propios. Tiene una dignidad personal, es decir, se debe reconocer que el niño es un ser que tiene un fin en sí mismo y no como un simple medio al servicio de los fines de los otros. Este derecho a la dignidad es un derecho natural de todo hombre.

- 3a. El niño en edad escolar goza de unas características: plasticidad, imaginativo, optimista, alegre, creativo, etc., que lo hacen ser adaptable a los cambios (ambientales), y además, está en la edad del aprendizaje: quiere conocer y saber todo.

- 4a. Por medio del juego se educa de una manera integral al niño, porque a través del juego el niño se conoce a sí mismo, a los demás y a su medio ambiente; satisface intereses y se estimulan todas las áreas de su desarrollo: afectivo-emocional, moral, físico, intelectual, social y estético.
- 5a. El juego es una actividad de entretenimiento, pasatiempo o diversión, que ayuda al esparcimiento o descanso del hombre en cualquier edad. Además el juego se puede emplear como terapia porque ayuda a la relajación del cuerpo y de la mente, el niño se olvida de sí mismo para darse a los demás, a través del juego el niño expresa sus sentimientos y problemas, de la misma manera que un adulto va a terapia y verbaliza sus problemas.
- 6a. El niño enfermo que empieza a aburrirse, pide ayuda para evitarlo, por lo cual facilita la tarea no sólo por pedir esa ayuda, sino por la capacidad que tiene de asombrarse, interesarse e ilusionarse en una ambiente festivo y alegre. Estas cualidades ayudan al niño a que no se centre en sí mismo o en su enfermedad, sino que salga de sí para interesarse por personas y cosas ajenas a él.
- 7a. Cuando el niño tiene un rompimiento entre su organismo y el ambiente -es el caso del niño enfermo hospitalizado-

busca una válvula de escape para encontrar su equilibrio, y esta válvula de escape son las actividades lúdicas. Lo cual hace que las actividades recreativas sean un medio para conseguir el equilibrio emocional que muchas veces pierden los niños al internarse en un hospital.

8a. Se ha comprobado que las actividades recreativas son un medio para destensionar al niño, para evitarles o sacarlos del: pesimismo, aburrimiento, tristeza, apatía, etc., y el evitar estos estados de ánimo negativos, ayuda a que el período de la enfermedad sea más corto y no se prolongue la hospitalización.

9a. En el caso de los niños hospitalizados, por tiempo prolongado, les es impedido ir a la escuela, por lo tanto, para suplir en una parte el papel educativo que esta realiza, es necesario, que los niños reciban una educación a través del juego y de otras actividades recreativas dentro del hospital, evitando un mayor atraso escolar al salir del hospital.

GLOSARIO

1. Actitud mágica: actitud de considerar que se realizan las cosas por medio de un suceso extraordinario, fuera del alcance humano, por ejemplo la magia.
2. Animista: Piaget lo describe como la tendencia infantil a considerar vivos y con características humanas los objetos inanimados, y dotar de vida todo lo que le rodea.
3. Ansiolítico: psicofármaco de acción reductora de la ansiedad (y de sus síntomas concomitantes), sin efectos sobre las funciones cognitivas y perceptivas.
4. Axiológico: se deriva de la pedagogía de los valores, que busca incitar al hombre a la realización de los valores para lograr su perfeccionamiento a través de la

realización de su proyecto personal de vida.

5. Cédula: escrito o documento de identidad.
6. Corticales: de corteza cerebral.
7. Depresión: alteración afectiva, del estado de ánimo o humor, hacia el polo de la tristeza y de los sentimientos negativos.
8. Egocentrismo: término empleado por Piaget para expresar la indiferenciación entre el punto de vista del sujeto y otro punto de vista, ya sea de otro(s) sujeto(s) o de los objetos.
9. Estado anímico: es la situación sentimental y emocional que pasa una persona.
10. Estóicamente: se deriva de la corriente del estoicismo; según su doctrina el hombre debe orientarse sólo por la razón y permanecer indiferente ante el placer o el dolor. La posesión de la virtud conduce a la felicidad, que no es alterada por la desgracia ni por el dolor.

11. Estrés: estado psicológico de tensión que sufre una persona.
12. Filogenética: ciencia que estudia la genética: parte de la biología que estudia los caracteres anatómicos, citológicos y funcionales entre los padres e hijos.
13. Hematología: estudio histológico, funcional y patológico de la sangre.
14. Inhibición: perturbación del curso normal de las funciones corporales o psíquicas. (pensamiento, conducta, movimiento).
15. Ludoterapia: terapéutica por el juego. Método psicoterapéutico basado en el empleo del juego como medio capaz de hacer que el individuo aprenda a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás, a través de la descarga de sus sentimientos sin temor al castigo.
16. Mecanismos de defensa: mecanismos psicológicos que pone en funcionamiento la persona para aliviar la angustia. Cotidianamente estas defensas

actúan, de manera más o menos consciente, reduciendo tensiones y resolviendo conflictos.

17. Miedo: cambio del estado emocional acompañado de angustia, ante un riesgo real o imaginario que a menudo produce reacciones somáticas y motoras: aumento de la frecuencia cardíaca, temblor, convulsiones, huida o inmovilización.
18. Mielinización: fenómeno por el cual algunas fibras nerviosas adquieren durante su desarrollo la vaina de la mielina. (La mielina cumple una función aislante, que favorece la transmisión del impulso nervioso).
19. Mutismo: ausencia permanente del lenguaje expresivo o desaparición temporal o permanente de éste en un sujeto que lo ha adquirido previamente.
20. Oncología: parte de la medicina que estudia los tumores.

21. Percepción: es un acto cognoscitivo que nos representa sensiblemente un objeto de una forma global y unitaria.
22. Periodos sensitivos: dentro del desarrollo cognoscitivo son los períodos que ya están maduros, son aptos para recibir determinada información.
23. Persona humana: sustancia individual de naturaleza racional con cuerpo y alma.
24. Presiones vesicales: son presiones en la vejiga: saco membranoso que recibe y retiene la orina.
25. Prestaciones sociales: son los servicios que la institución presta a los trabajadores.
26. Propedeútica: enseñanza preparatoria.
27. Rehabilitación: tratamiento encaminado a la eliminación o reducción de un déficit o disfunción física, mental o social para lograr el máximo de grado posible de autonomía personal e integración social.

28. Sueño: indica un estado fisiológico de relativa inconsciencia o inacción de los músculos voluntarios, que se hace necesario periódicamente, alternando con los estados de vigilia.
29. Tensión: estado emocional de gran excitación, ansiedad e intranquilidad. Puede acompañarse de inestabilidad motora e hiperactividad.
30. Terapeuta: persona que asume el rol de tratar una enfermedad, o de promocionar la salud.
31. Terapia: actividad dirigida a curar enfermedades o, trastornos de conducta, a superar las limitaciones que puede presentar un paciente, mejorar su adaptación general y la expresión de sus potencialidades.
32. Trauma: emoción vivida con tal intensidad que impide al sujeto reaccionar adecuadamente.
33. Tristeza: estado de ánimo caracterizado por el dolor moral y la depresión de los afectos.

BIBLIOGRAFIA

- ABAD PEREZ, Antolín, et al. "Gran Enciclopedia Rialp". España, Rialp, 1979, Tomos II, VI, VII, XII, XIII, XVIII, XXI. 877 pp.
- ABARCA PONCE, María Paz, et al. "Diccionario Enciclopédico de Educación Especial". Tomos I, II, III, IV. México, Ed. Santillana/Diagonal, 1989. 1510 pp.
- AXILINE, Virginia M. "Terapia de Juego". México, Ed. Diana, 1988. 383 pp.
- BAILON BLANCAS, Manuel, et al. "No te rindas ante la depresión". Madrid, Ediciones Rialp. S.A., 1989. 115 pp.
- BEARD M. Ruth. "Psicología evolutiva de Piaget". Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1971. 127 pp.
- CASTELLANOS, Ma. Teresa, et al. "Programa de Ludoterapia". Hospital de Pediatría. Centro Médico de Occidente. IMSS. 1990.

- COLLIN G. "Compendio de psicología infantil". Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1974. 277 pp.
- COROMINAS, Fernando. "Educación Hoy". México, Editora de Revistas, S.A. de C.V., 1989. 211 pp.
- CUELLAR, Hortensia. "El niño como persona". México, Editora de Revistas, S.A. de C.V., 1990. 215 pp.
- DE LA FUENTE MUÑIZ, Dr. Ramón. "Psicología Médica". México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1976. 444 pp.
- FRANKL E., Viktor. "Ante el vacío existencial". Barcelona, Ed. Herder, 1982. 152 pp.
- FRANKL E., Viktor. "Psicoanálisis y Existencialismo". México, Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1982. 359 pp.
- GARCIA YAGUE, Juan, et al. "Condicionamientos ambientales de la Personalidad". Madrid, Ed. Magisterio Español, S.A., 1971. 399 pp.
- GESELL Arnold, et al. "El niño de 5 a 10 años". España, Ed. Paidós, 1985. 848 pp.

- GUILLEN DE REZZANO, Clotilde. "Didáctica Especial". Argentina, Ed. Kapelusz, 1966. 316 pp.
- JUAN PABLO II. "Salvifici Doloris". México, Librería Parroquial de Clavería, 1985. 74 pp.
- LAIN ENTRALGO, Pedro. "Antropología Médica". España, Salvat Editores, S.A., 1984. 510 pp.
- LOPEZ BRACAMONTES, Esperanza. Tesina: "El valor pedagógico del juego en la educación del niño". México, Secretaría de Educación Pública, 1981. 45 pp.
- MARCUELLO FRANCO, Carmen Ana. "Seminarios de Etica en Enfermería". Cursos I (1985) y II (1986). Pamplona, Ed. EUNSA, 1987. 248 pp.
- PEINADO ALTABLE, José. "Paidología". México, Ed. Porrúa, 1984, 493 pp.
- SALETE PEREIRA, María. "Juegos en la escuela, en los grupos, en la catequesis". Chile, Ed. Paulinas, 1988. 155 pp.
- SARAFINO, Edward P. "Desarrollo del Niño y del Adolescente". México, Ed. Trillas, 1988. 535 pp.

copi•offset express

TESINAS • MEMORIAS • INFORMES
AV. MEXICO No. 2210
Casi Esquina Con Americas
Tel. 15-19-68

GUADALAJARA JALISCO
COPIAS • TESIS
TRANSCRIPCIONES
HELIOGRAFICAS
ENCUADERNACION
ENGARGOLADOS
REDUCCIONES
ENMIGADOS
IMPRESIONES DE:
FORMAS INTERNAS
FACTURAS, VOLANTES

PASAMOS SU TESIS
EN MAQUINA IBM



USAMOS EQUIPOS XEROX Y OFFSET

• TRANSCRIPCION • REPRODUCCION DE COPIAS
• PROCESO IBM • IMPRESION PROFESIONAL
• REPRODUCCION DE FOLIOS • SERVICIOS

HELIOGRAFICAS

• COPIAS BOND
• PAPELERIA PARA SU EMPRESA
• REDUCCIONES
• AMPLIFICACIONES