



Trabajo Fin de Grado

Arteterapia como recurso educativo para niños
hospitalizados en oncología pediátrica

Art therapy as an educational resource for
hospitalized children in pediatric oncology

Autora:

María Galindo Genzor

Directora:

Ana Moreno Pueyo

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

2016

Índice

Resumen.....	5
Justificación	6
EL CÁNCER INFANTIL.....	7
Tipos de cánceres infantiles	7
Datos del cáncer infantil en España	8
Tratamiento cáncer infantil	9
Secuelas del cáncer infantil.....	10
PEDAGOGIA HOSPITALARIA	13
EL NIÑO HOSPITALIZADO	15
PRIMERAS AULAS HOSPITALARIAS Y MARCO LEGISLATIVO.....	20
AULAS HOSPITALARIAS.....	26
HISTORIA DE ARTETERAPIA	29
ARTETERAPIA	32
Definición.....	32
Fases del proceso de arteterapia	33
Artes implicadas en arteterapia	34
Materiales utilizados	35
Arteterapia en niños	35
Arteterapia en oncología pediátrica	37
Encuadre o setting de arteterapia en oncología.....	37
El juego	38
PLANIFICACION DE UNA INTERVENCION	40
Justificación.....	40
Contextualización.....	41
Encuadre de la intervención.....	41
Vinculación con el curriculum	43
Metodología	45
Contenidos	46
Temporalización de las sesiones	48
Sesión 1: Nos conocemos.	48

Sesión 2: Nos familiarizamos con los materiales.....	50
Tercera sesión: conocemos a Ana Mendieta.....	51
Sesión 4: collage con elementos de la naturaleza	53
Sesión 5: arena y sal de colores.....	55
Sesión 6: creación con arcilla.....	56
Sesión 7: nuestra silueta	58
Sesión 8: nos dibujamos.....	59
Sesión 9: dibujamos un paisaje	60
Sesión 10: nos despedimos	61
Evaluación.....	62
CONCLUSIONES	65
Bibliografía	66
ANEXO 1	71

Arteterapia como recurso educativo para niños hospitalizados en oncología pediátrica.

Art therapy as an educational resource for hospitalized children in pediatric oncology.

- Elaborado por María Galindo Genzor
- Dirigido por Ana Moreno Pueyo
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Diciembre del año 2016
- Número de palabras (sin incluir anexos): 17.869

RESUMEN

Las aulas hospitalarias surgen de la necesidad de continuar con el desarrollo bio-psico-social de aquellos niños que, por diferentes razones, necesitan permanecer hospitalizados por un periodo de tiempo.

Los niños que padecen una enfermedad como es el cáncer, no solo se enfrentan a problemas físicos y cognitivos propios de la enfermedad, sino que también sufren alteraciones emocionales como consecuencia de la hospitalización, la enfermedad y los tratamientos a los que se someten, además de los efectos secundarios que surgen a corto y largo plazo.

Se recurre a la situación actual de la pedagogía y las directrices vigentes llevadas a cabo en las aulas hospitalarias para entender en qué momento nos encontramos y poder enmarcar la intervención que se desarrolla.

La planificación de la intervención está dirigida a niños de 8 y 9 años hospitalizados en el Hospital Universitario Miguel Servet. En ella se usan elementos de arteterapia como recurso educativo y como elemento favorecedor de la expresión de emociones a través del arte. Se utilizan contenidos y objetivos extraídos de la LOMCE del área de Educación Artística. Se trabajan tomando como referente a la artista Ana Mendieta y a través de la corriente “Land Art”, con las que se usan materiales de la naturaleza.

Palabras clave

Cáncer infantil, aulas hospitalarias, arteterapia en oncología pediátrica, el juego.

JUSTIFICACIÓN

Observando su evolución, el cáncer infantil ha mejorado en cuanto a su supervivencia, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, en nuestro país sigue siendo la segunda causa de muerte en los niños, por lo que creo que todavía es necesario seguir investigando y seguir trabajando para que los niños puedan superarlo y puedan sentirse mejor durante su transcurso. Por todo ello he decidido realizar mi Trabajo de Fin de grado sobre este tema y así aportar, desde mi ámbito, unas ideas para poder combatir a esta enfermedad.

Además, durante mi formación, nunca hemos tratado el tema de la pedagogía hospitalaria por lo que me parecía muy interesante para poder conocer así nuevas modalidades y caminos.

Por último, he decidido usar el arteterapia ya que creo que puede aportar muchos beneficios a los niños que sufren esta enfermedad y es algo desconocido en el mundo de la educación.

EL CÁNCER INFANTIL

Autores como Escribano, Carboné y Sevillano (2006) nos dan una explicación de lo que es el cáncer. Estos autores afirman que es un grupo de enfermedades que aparece en las células, “la unidad básica de vida del cuerpo”. Las células crecen y se van dividiendo para producir más cuando el cuerpo lo necesita. El cáncer se produce, cuando este proceso se descontrola formando mas células de las necesarias, llegando a formarse así una masa o tumor. Los tumores contienen células que se dividen sin control (Escribano et al, 2006).

Según Grau (2002) las células pueden invadir y dañar tejidos y órganos vecinos, así como esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y a lugares lejanos al foco del origen. Este proceso es el que se conoce con el nombre de metástasis.

El cáncer infantil constituye un grupo heterogéneo de enfermedades con etiología, tratamiento y pronóstico diferente (véase por ejemplo Pedreira y Palanca, 2002).

Tipos de cánceres infantiles

Grau (2002), hace una clasificación de los cánceres más comunes en la infancia ya que son diferentes a los que se dan con más frecuencia en la edad adulta. Son los siguientes:

1) Leucemias

Es la forma de cáncer más frecuente de los niños (25%). Es una enfermedad de la sangre producida por la multiplicación incontrolada de unas células.

2) Tumores cerebrales

Son los tumores sólidos más frecuentes de la infancia, un 19,6 % según el Registro Nacional de Tumores Infantiles. Se pueden producir a cualquier edad pero son más frecuentes entre los 5 y 10 años.

El diagnóstico de sospecha es difícil puesto que los síntomas pueden corresponder a otros muchos procesos benignos.

2) *Linfomas:*

Los linfomas son los cánceres de los ganglios linfáticos, por lo tanto pueden darse en cualquier lugar del organismo donde haya ganglios linfáticos o en los órganos linfoides (bazo, timo, amígdalas, intestino). El porcentaje es de un 13,6% según el Registro Nacional de Tumores Infantiles.

3) *Neuroblastoma:*

Es un tumor casi exclusivamente pediátrico siendo raro por encima de los 5 años. Es un tumor derivado de unas células del sistema nervioso simpático.

4) *Tumor de Wilms:*

También es un cáncer casi exclusivamente pediátrico. Es un tumor derivado de las células renales por lo que asienta sobre los riñones, en ocasiones puede ser bilateral.

5) *Sarcomas óseos:*

Son los tumores malignos primarios del hueso, los más frecuentes son el Osteosarcoma y el Sarcoma de Ewing.

6) *Sarcomas de partes blandas:*

Son los tumores malignos de los tejidos muscular, graso y de soporte del organismo, pueden existir muchas variedades, pero aproximadamente en el 75% de los casos en los niños se produce un Rabdomiosarcoma (tumor de células musculares). Es más frecuente en niños entre los 2 y los 6 años.

Datos del cáncer infantil en España

Según datos procedentes del Registro Nacional de Tumores Infantiles, en España, se diagnostica anualmente un nuevo caso de cáncer por cada 7.000 niños menores de 15 años de edad, aproximadamente. Esto significa 925-950 casos nuevos de 0 a 14 años de edad por año, a lo que se añaden otros 425- 450 casos de adolescentes de 15 a 19 años (considerando la población española de 2006).

Considerando todos los tumores y ambos sexos en conjunto, las tasas más elevadas se encuentran en los primeros años de la vida, especialmente en el primer año.

Leucemias y tumores del SNC son los tumores responsables de la mayoría de muertes. La mortalidad por cáncer infantil en España ha disminuido claramente durante las décadas, se muestra una caída del 50% en la tasa de mortalidad por cáncer infantil (0-14 años de edad) en España entre 1980 y 2004 (Bonet, 2008).

Así pues, ha pasado de ser una enfermedad terminal a una enfermedad crónica.

Según los datos procedentes del RNTI-SEHOP, la supervivencia a 5 años del diagnóstico de los niños españoles enfermos de cáncer, en los casos diagnosticados en el periodo 1980-2002, paso de 54 % a 76% aumentando así un 41% y con una disminución del 48% en la probabilidad de muerte.

Así pues, tres cuartas partes de los niños diagnosticados de cáncer en España superan los 5 años de supervivencia, una proporción más grande que la de los enfermos adultos de cáncer.

A pesar de estos datos esperanzadores, el cáncer sigue siendo la primera causa de muerte de los niños en los países desarrollados, después de los accidentes.

Tratamiento cáncer infantil

Como Escribano, Carbone y Sevillano (2006) afirman, para que un tratamiento de un niño con cáncer sea eficaz, se debe tener en cuenta el tipo de cáncer, el estado de salud general del niño y otros factores, por eso, niños con el mismo tipo de cáncer pueden recibir diferentes tratamientos. Además, es un proceso que se puede ir variando o modificando, dependiendo de la respuesta que el niño da a un tratamiento u otro (Calvo et al, 2006)

El tratamiento oncológico causa graves efectos secundarios, ya que no solo se destruyen las células cancerosas sino también células normales. Aunque estos no son los mismos en todos los niños y la gravedad puede variar.

Según Miller y Haupt los efectos a largo plazo de los tratamientos son (citados en Grau 2002, p 5):

- “Disfunciones neurológicas y dificultades en el aprendizaje”. Se suelen dar en niños con leucemia y tumores cerebrales cuyo tratamiento consiste la radioterapia combinada con la quimioterapia.
- “Desfiguración física permanente”. Afectan directamente a la autoestima del niño
- “Disfunciones de los órganos”
- “Retraso en el desarrollo sexual”
- “Deficiencias inmunológicas”
- “Desarrollo de nuevos tumores”

Los tratamientos del cáncer son largos, agresivos, costosos, desfigurativos e implican la acción coordinada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Sus objetivos son extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de las células cancerígenas (quimioterapia), reducir el tamaño del tumor antes de su extirpación (radioterapia) y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia). (Grau, 2002, p 5)

Secuelas del cáncer infantil

Según diferentes autores como Salcedo y Chaskel (2009) y Méndez et al., (2004) las secuelas que el cáncer infantil deja en los niños, son variadas y afectan a diferentes aspectos:

- Secuelas cognitivas

Según Salcedo y Chaskel (2009), las dificultades cognitivas provocadas por el cáncer son más frecuentes en los niños con menos edad.

La función cerebral puede verse afectada directamente por el cáncer como en el caso de los tumores cerebrales y metástasis. Pero también por infecciones, fiebres, medicamentos y tratamientos.

Estas dificultades pueden ser evidentes a partir de 5 años después del tratamiento y se ponen de manifiesto en:

- el rendimiento
- la dificultad de concentración
- la alteración del lenguaje y la comunicación
- la capacidad de generalizar los aprendizajes
- la memoria a corto plazo
- el déficit en la atención y en la capacidad de resolución de problemas,
- las discapacidades de aprendizaje para aprender y recordar
- Secuelas físicas

Los cambios físicos que se producen durante el transcurso de la enfermedad como la pérdida de peso, pérdida del cabello, decoloraciones cutáneas, cicatrices y amputaciones, provocan en los niños una amenaza para su autoestima. Entre ellas:

- Pérdida de rapidez, precisión y coordinación del movimiento.
- Amputaciones
- Hemiplejias
- Alteración de la marcha: problemas de coordinación y equilibrio.
- Alteraciones sensitivas: vista, oído
- Secuelas emocionales

La parte emocional también se ve gravemente afectada por la enfermedad y todo lo que esto conlleva. Algunos de los aspectos son los siguientes:

- Baja tolerancia a la frustración (agresividad y aislamiento social).

- Hipersensibilidad
- Problemas de conducta
- Apatía y poca implicación en las tareas
- Baja autoestima

Autoras como Salcedo (2009) y el Instituto Nacional Del Cáncer hacen referencia al trastorno por estrés postraumático como una de las consecuencias del cáncer infantil. Esta misma autora junto a Chaskel afirman que el desarrollo de este trastorno se determina por:

- La apreciación subjetiva de la amenaza de la enfermedad y las experiencias traumáticas relacionadas con el tratamiento e intervenciones dolorosas.
- El nivel de ansiedad del niño
- La historia de otros traumas
- El género femenino
- La red de apoyo familiar y social

“Stuber observó los niños con TEPT, notando síntomas somáticos como dolores de estómago, pesadillas, alteraciones en el juego y patrones repetitivos de malestar” (Citado en Salcedo y Chaskel 2009, p 12).

Según el Instituto Nacional del Cáncer los síntomas del trastorno por estrés post traumático pueden incluir recuerdos del diagnóstico o tratamiento, evitar los lugares que recuerdan la experiencia y tener temor, irritación, no poder dormir o tener problemas para concentrarse.

- Secuelas sociales

Sobre todo en las relaciones sociales y en el que hacer en los ratos de tiempo libre.

PEDAGOGIA HOSPITALARIA

Es la rama diferencial de la Pedagogía que se encarga de la educación del niño hospitalizado de manera que no se retrase en su desarrollo personal, ni en su aprendizaje, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. (Lizasoain, citado en Arango et al, 2004, p 22)

Como esta misma autora afirma, la pedagogía hospitalaria es una pedagogía “de la vida y para la vida”, en la que la comunicación de experiencias entre el educando y el educador forma un papel fundamental y con la que se transforma el sufrimiento en aprendizaje.

Como González-Simancas y Polaino-Lorente exponen, la Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía: (Citado en García Álvarez, 2010, p 250)

Del presente, constituyendo la pedagogía más moderna y contemporánea

De la actualidad inmediata, del “aquí y ahora”, centrándose solo en la situación actual del educando

De la inmediatez, que aprovecha toda experiencia para enriquecer

Desinstitucionalizada, sin rigideces ni corsés y de gran flexibilidad y apertura

Se trata de una pedagogía de respuesta al factor ético y pedagógico de seguir viviendo

Como toda pedagogía, es un servicio centrado en la persona

Autoras como Doval (citado por Arango et al., 2004) y Serradas (2003), afirman que la pedagogía hospitalaria es una ramificación de la Educación Especial, ya que se ocupa específicamente de niños y niñas con problemas de salud, por lo que es una enseñanza adaptada a necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad y la hospitalización.

Algunos autores como Del Valle y Villanezo, mencionan que la pedagogía hospitalaria no es una ciencia cerrada, sino multidisciplinar, que se encuentra todavía delimitando su objeto de estudio para dar una respuesta a aquellas situaciones que en los ámbitos sanitarios y educativos, la sociedad va demandando, haciéndose realmente

necesarios para niños y niñas que se encuentran en Instituciones hospitalarias. (Citado en Serradas, 2003)

Lizasoain (2000) dice que varios trabajos han demostrado que la pedagogía como complemento de la medicina ayuda a prevenir los efectos negativos que originan la hospitalización. Además en los hospitales se ha visto progresivamente implementada y ampliada, tanto en países europeos como norteamericanos y latinoamericanos.

La pedagogía en el hospital contribuye a la humanización y prevención de efectos negativos en la situación del paciente. Como Ochoa afirma, la atención educativa en los hospitales no es conveniente sino imprescindible (Citado en García 2010).

“Enseñar al niño y a su familia a convivir con la enfermedad, ayuda a normalizar en lo posible la estancia en el hospital, a combatir el llamado “síndrome hospitalario” y a reducir el estrés” (Simancas y Polaino-Lorente citado en Arango et al., 2004).

Autores como Arango, Castañeda y Henao (2004) señalan que un aula dentro de un hospital ayuda a normalizar lo máximo posible la situación, además es un medio que da la oportunidad de relacionarse con los demás niños, previniendo y evitando la marginación.

Según Muñoz (2013) la Pedagogía Hospitalaria está orientada y configurada por la enfermedad y enmarcada por el ámbito que constituye la Institución Hospitalaria donde se lleva a cabo.

El que no entienda que una persona ingresada en un hospital tiene unas necesidades de atención que van más allá de lo medico-físico; que un niño en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros niños; el que no entienda que esos padres, con un hijo enfermo crónico, tienen necesidad de orientación..., sencillamente tiene una concepción errónea o parcial de lo que es la vida (Lizasoain, 2000, p 107).

EL NIÑO HOSPITALIZADO

Os voy a contar mi historia: de como un día me ingresaron y deje el colegio; del abandono, de la soledad, del desconocimiento, la rabia, la pena; de las transformaciones, hasta de las caras de mis padres; de las caras nuevas que han ido apareciendo en mi vida, de otras formas diferentes de hablar, de artilugios desconocidos totalmente para mi, que hasta aquel momento solo conocía los juguetes; del dolor, de la desorientación, etc (Mijares, citado en Grau 2002, p 19).

Este es un texto realizado por un profesora de oncología a través de las redacciones que los niños hicieron de su enfermedad. Es un fiel reflejo de lo que el niño siente al ser hospitalizado.

Como Velázquez (2014) afirma, la hospitalización para un niño es un momento muy duro que provoca en él diferentes reacciones psicológicas, ya que lo estamos separando de su entorno habitual para introducirlo en un medio estresante como es un hospital y todo lo que esto conlleva, se da una ruptura inmediata y traumática con su entorno habitual.

Algunos efectos de la hospitalización en el niño son, según Luis Oscar Velázquez Aguilar (2014) los siguientes:

- “Cambios en la rutina del niño”

El niño va a cambiar su entorno para pasar a otro en el que se va a encontrar con personas que no son familiares, unos hábitos diferentes a los suyos como son la comida, la ropa... Por lo que lo puede percibir como amenazante o extraño y puede dificultar su adaptación a este entorno.

- “El dolor físico y los malestares propios de la enfermedad”

Como Méndez et al., (2004) señalan, los niños con cáncer pueden sentir dolor por la propia enfermedad o por los procedimientos y tratamientos utilizados. La enfermedad puede causar dolor ya que afecta a los tejidos blandos. En cuanto a las pruebas diagnósticas que se utilizan, son, en muchos casos, muy dolorosas para ellos: exámenes de la medula ósea, aspiración y biopsia de médula, punción lumbar... etc. Las

resonancias magnéticas aunque no son doloras, pueden provocar en el niño altos niveles de ansiedad.

Como Velázquez (2014) señala, la extracción de sangre, las inyecciones, la quimioterapia... Son acontecimientos estresantes para el niño. En muchos casos, se suele producir una desobediencia a las indicaciones del personal de salud y una negativa ante los medicamentos y a los exámenes de diagnóstico.

El cansancio o el agotamiento tras recibir el tratamiento suelen generar en ellos estados de apatía y desinterés por lo que ocurre alrededor.

Puede darse también una pérdida de autoestima o dificultades en la aceptación de él mismo por los cambios producidos en su cuerpo tales como la pérdida de cabello, la bajada de peso por la pérdida de apetito, etc.

- “Las manifestaciones conductuales”

Cuando los niños conocen el diagnóstico presentan sentimientos de culpabilidad, y se cuestionan preguntas como por ejemplo ¿Por qué a mí?, además de una gran ira dirigida hacia la familia, amigos y al personal sanitario. “Pueden presentar gran ansiedad y depresión, comportamiento pegajoso, dependiente, rabieta y negativa a dormir solos.” (Grau, 2002, p 26)

La ansiedad y depresión son las principales alteraciones emocionales que produce la hospitalización, además de los miedos y la falta de actividad. Todo estos pueden causar alteraciones comportamentales como agresividad, trastorno de sueño y atención, respuestas de evitación... etc. (Lizasoain, citado en Grau 2002)

La depresión “está correlacionada con la falta de cumplimiento con el tratamiento médico... además está asociada a mayor morbilidad y prolongación de la estancia hospitalaria, al interferir con disfunción del sistema inmunológico y reducir las posibilidades de supervivencia” (Salcedo y Chaskel 2009 p 12).

Según Méndez et al (2004), los niños pueden presentar ansiedad anticipatoria a las curas, a los instrumentos y procedimientos médicos, a la toma de determinados fármacos. Mostrando así náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llantos.

Muestran grandes conductas de apego como llantos, rabietas, seguimiento con la mirada a la persona de apego... etc. Además, muchos niños piensan que por ser ingresados van a separarlos de su madre por lo que en muchas ocasiones presentan conductas de protesta como gritos y llantos fuertes.

Lizasoain (2000) y la Fundación Natali Dafne, entre otros, nombran que en muchos casos se producen actitudes regresivas. Esto significa que el niño comienza a manifestar conductas que realizaba cuando era más pequeño, es decir, se comportan como niños más pequeños a los de su edad. Como señala Grau (2001) este comportamiento supone una reducción de intereses, un modo de pensar mágico e ilógico y una conducta egocéntrica.

También sufren alteraciones en el sueño: pesadillas, pataletas... etc.

- “El proceso escolar y las relaciones sociales del niño”

Inevitablemente, el proceso escolar se ve afectado cuando el niño tiene que ser ingresado en el hospital durante un corto o largo periodo de tiempo. Además, van a sufrir ausencias dependiendo del tratamiento que reciban. Esto hace que el niño no pueda seguir el ritmo escolar normalizado y por consiguiente, pierda relación con los compañeros de su clase, haciendo así que sus relaciones sociales se vean afectadas.

Según Grau (2002) la separación escolar es una experiencia traumática para ellos. Muchos se niegan a volver al colegio y desarrollan síntomas físicos (psicosomáticos) para evitarlo.

Según Méndez et al (2004), cuando el niño vuelve al colegio, es frecuente que los compañeros le pregunten porque no asiste todos los días a clase y el motivo de sus hospitalizaciones. En muchas ocasiones, se despiertan sentimientos de pena y compasión, y en otros un posible rechazo. Estos sentimientos se ven agrandados cuando el niño sufre alopecia, vómitos, nauseas o la amputación de algún miembro del cuerpo.

“La educación escolar contribuye a la estabilidad emocional, a la felicidad y la recuperación más rápida del niño” (Polaino y Lizasoain citado por Velázquez 2014 p 31)

- “El ajuste posthospitalario”

Al salir del hospital, sus reacciones psicológicas también son variadas por el temor que le produce el regreso a su vida normal. Temores sobre la duda de si podrán ponerse al día académicamente, de cómo van a reaccionar sus compañeros o profesores...etc. Suelen sentir temor al rechazo, inseguridad. Se pueden poner nerviosos cuando oyen hablar de un hospital, tener pesadillas, negarse a ir al colegio... etc.

Todo esto puede variar, según Guillen y Mejía (2002), dependiendo de diferentes factores, que nos ayudarán a enfocar nuestra actuación:

- “Actitud de los padres y familia”

“La familia en su totalidad es el paciente” (Holland, citado por Méndez 2005 p 38).

Como bien dicen Guillén y Mejía es muy importante conocer la forma de afrontar la enfermedad por parte del padre y de la madre, ya que serán ellos un fiel reflejo de cómo se siente el niño. Los padres forman una parte esencial en el transcurso de la enfermedad y en el bienestar emocional del niño. Son ellos los que brindan soporte emocional al hijo enfermo, por lo que es necesario que los padres no presenten miedo o ansiedad delante de ellos. Si los padres muestran serenidad, confianza, positivismo, etc. el niño va a estar mucho más seguro y confiado. Si por el contrario, la familia muestra ansiedad, miedo, nerviosismo, negatividad, etc, el niño también lo estará. (2002)

- “La edad del niño”

Un niño de 4-8 años puede presentar más miedo o ansiedad que un niño adolescente, ya que por su grado de desarrollo emocional es más inseguro.

Los niños suelen tener miedo a lo desconocido, a la muerte, a la anestesia, a la mutilación corporal, al dolor... etc. Los temores dependen del desarrollo emocional del niño.

Los niños menores de 5 años tienen miedo al contacto con un ambiente extraño, a la separación del entorno familiar y al abandono; por el contrario, en la edad escolar, tienen miedo al dolor, a la anestesia, a las posibilidades de despertarse durante la operación; y por último, en la

adolescencia, a la pérdida del control durante la anestesia (Lizasoain, citado en Grau 2002, p 20).

- “Tiempo de hospitalización”

A la ansiedad que muestran inicialmente tras el ingreso se le suma nerviosismo, depresión y ansiedad que van surgiendo cuando el ingreso se alarga en el tiempo. Después de la primera semana de ingreso, el niño comienza a manifestar más ansiedad. De esta manera, es necesario actuar con los padres y con el niño, tranquilizándolos de antemano cuando sabemos que el ingreso va a ser más largo. Por ello es necesario recordar la importancia de la comunicación con los otros profesionales del centro hospitalario.

- “Tipo de patología”

Un niño que es ingresado para realizarle una intervención quirúrgica leve, suele presentar nerviosismo y ansiedad derivada de su ingreso. Sin embargo, cuando la patología es de carácter oncológico se suelen producir grandes cambios en su vida psicológica, que van desde la negación de la enfermedad, hasta la rebeldía e incluso la agresividad.

Todo ello se da por el tratamiento que reciben muchos de estos niños, que producen cambios en el comportamiento del sujeto. También, por el tiempo que el niño tenga que estar ingresado. Además, suelen pasar largos periodos de tiempo hospitalizados, por lo que desconectan de su entorno habitual.

- “El contar con un diagnóstico o estar a la espera del mismo”

También pasa esto cuando los pacientes no cuentan con un diagnóstico claro o están a la espera de recibirlo. Cuando el diagnóstico no es claro, el niño y los padres pueden presentar conductas psicológicas negativas como aislamiento, agresividad, pasividad, negación no razonada, etc.

Die-trill (citado por Méndez et al, 2004) aseguran que los niños oncológicos presentan las siguientes necesidades:

- Necesidades emocionales comunes a todos los niños: desarrollar sentimientos de pertenencia, sentirse queridos, sentir auto-respeto, sensación de logro. Estas necesidades se pueden ver afectadas por la alteración de la rutina diaria y el poco contacto con las personas que pueden satisfacerlas.
- Necesidades que surgen de la reacción del niño ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos. Temores y sentimientos de culpa e inutilidad que requieren apoyo, cariño, empatía, comprensión, aprobación, amistad, seguridad... Necesidad de información y comprensión durante todo el proceso, control de síntomas, reducción de miedos y molestias.
- Necesidades que surgen de la concepción que el niño tiene de la muerte que generan temor, ansiedad, soledad... etc.

PRIMERAS AULAS HOSPITALARIAS Y MARCO LEGISLATIVO

“Las aulas hospitalarias surgen de la necesidad que la sociedad tiene de resolver los problemas de escolaridad de aquellos niños que durante un período de tiempo, más o menos prolongado, deja de asistir al colegio de forma regular” (Guillen y Mejía 2002, p 23).

Diferentes son los autores que han estudiado la evolución de la creación de las aulas hospitalarias así como la evolución de la legislación en las que están inmersas.

Algunos de ellos como Ruiz, Mejía y Estévez (2011) coinciden en que las primeras aulas hospitalarias en Europa surgen en Francia a finales de la Primera Guerra Mundial con las denominadas “Escuelas al Aire Libre”. El objetivo de estas escuelas era proteger la salud infantil expuesta a contagiarse de tuberculosis.

Sin embargo, es a finales de la Segunda Guerra Mundial cuando la escuela se introduce definitivamente en los hospitales de Francia, con la creación de los primeros puestos de enseñanza en los hospitales, que se vio reflejada con el Decreto del 23 de

julio de 1965, por el que se obligaba a dar atención escolar a los niños y adolescentes atendidos en los establecimientos sanitarios especializados (casas de cura, casas de carácter sanitario, etc.).

Como estos autores afirman, en España, las primeras aulas en los hospitales comienzan en los años 50 en los centros vinculados con la orden hospitalaria de San Juan de Dios, como por ejemplo en el Sanatorio Marítimo de Gijón.

En torno a 1965, con la epidemia de la poliomielitis en la población infantil, surge la necesidad de ayudar a estos niños desde el punto de vista escolar y educativo. Dando lugar a la creación de varias aulas hospitalarias en todo el territorio de España.

“Por ejemplo, en 1966, en el Hospital Niño Jesús, de Madrid, se creaban un total de diez unidades de Educación Especial, de las que sólo quedaban cuatro en 1997” (www.aulashospitalarias.es consultado el 8 de septiembre de 2016).

Sin embargo, estas aulas se crearon ante la necesidad de atender a niños con determinadas enfermedades de la época. En ellas, más que un seguimiento escolar de los niños que estaban ingresados, lo que se pretendía era entretenerles.

Esta iniciativa tuvo su continuación, en 1974, a raíz de la apertura del Hospital Nacional de Paraplégicos, en Toledo. En ese momento se puso en marcha una Sección Pedagógica, compuesta de cinco aulas, biblioteca, secretaría y una sala de profesores. En ellas, se pretendía atender las necesidades educativas de los niños ingresados.

Sin embargo, estas actuaciones no se generalizaron en el resto de hospitales españoles. Al faltar un marco legislativo apropiado, no se “adoptó como práctica habitual la atención educativa a los niños hospitalizados” (Guillen y Mejía 2002 p 28) sino que simplemente se llevaba a cabo puntualmente como en el caso del “Aceite de colza”.

Hubo que esperar a 1982, cuando se publicó la “Ley de Integración Social de los Minusválidos”. En su artículo 29 establece que:

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

En ella se hacía referencia legislativa a la actuación educativa que se debe desarrollar en los centros hospitalarios. Esta ley “venía a desarrollar un principio básico establecido en nuestra Constitución en la que se dice que todos los españoles tenemos derecho a la educación, siendo los poderes públicos los encargados de eliminar cualquier obstáculo que lo dificulte” (Guillen y Mejía 2002 p 24).

El Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, modificó el Real Decreto de 1982 y a su vez incidía en el mismo tema. En su disposición adicional segunda aparece que:

“Las Administraciones Educativas podrán concertar con las instituciones sanitarias públicas, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellas que tengan servicios pediátricos permanentes, el establecimiento de dotaciones pedagógicas, necesarias para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo en los niños en edad escolar internados en ellas”

“Las mismas previsiones podrán adoptarse con respecto a los establecimientos sanitarios privados que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos”

A partir de ese momento se inicia una amplia labor legislativa, tanto desde el punto de vista del Ministerio de Educación y Cultura, como desde las diferentes Consejerías de Educación y Sanidad de las respectivas Comunidades Autónomas, una vez que éstas asumieron las competencias en materia educativa y sanitaria, tendente a atender este derecho y que fueron recogidos en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, aprobada por el Parlamento Europeo en 1986. Los Derechos que en ella se recogen son los siguientes:

- a) Derecho del niño a que solo se le hospitalice cuando en su casa o en un ambulatorio no pueda recibir los cuidados necesarios.
- b) “Derecho del niño a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres”.
- c) Derecho a estar acompañado de sus padres el máximo de tiempo posible, como elementos activos de la vida hospitalaria.
- d) Derecho a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, respecto al tratamiento y a las perspectivas de este.
- e) Derecho a una recepción y seguimiento individuales, a ser posible con los mismos enfermeros y auxiliares.
- f) “Derecho a negarse (...) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico”.
- g) Derecho de sus padres a recibir toda la información relacionada con la enfermedad.
- h) “Derecho de los padres... a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño”.
- i) “Derecho de los padres... a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- j) “Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas”
- k) “Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones”.
- l) Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles.
- m) Derecho al contacto con los padres en momentos de tensión.
- n) “Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad”
- o) “Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las

necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo”

- p) Derecho a estar hospitalizado junto con otros niños
- q) “Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos”...
- r) Derecho a continuar con su formación escolar con ayuda de los maestros y el material didáctico.
- s) “Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales”
- t) Derecho a recibir educación cuando la hospitalización sea parcial.
- u) “Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita...”
- v) “Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a examen y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero”.
- w) “Derecho de los padres... a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea”.

El 18 de mayo de 1998 se firmó un Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados “en el que se sentaron las bases y la política compensatoria destinada a resolver la escolarización de los niños convalecientes o ingresados en centros hospitalarios” (Guillen y Mejía 2002 p 25).

Las cláusulas, criterios y condiciones mínimas que se establecen en este Convenio siguen vigentes en la actualidad y son las que marcan el funcionamiento de estas aulas.

Ámbito de actuación en la actualidad.

Según Guillen y Mejía (2002) la existencia de personas que por diversos motivos ven dificultades para seguir la permanencia ordinaria en el sistema escolar ha hecho que se creen Programas Educativos para equilibrar las desventajas. Entre ellos se encuentra el

programa de Aulas Hospitalarias. Destinado a aquellos niños y niñas que en edad escolar obligatoria se encuentran hospitalizados o no pueden asistir a un centro ordinario por motivos de salud. Abarca así los siguientes grupos (Guillén y Mejía 2002 p 24):

- Niños de larga hospitalización. Periodo de tiempo superior a un mes
- Niños de media hospitalización: periodo de tiempo entre 15 y 30 días
- Niños de corta hospitalización: menos de 15 días
- Niños atendidos en los hospitales de día.

En la actualidad gran parte de los centros hospitalarios en España, cuentan con aulas en las que los niños que son ingresados son atendidos para que su proceso escolar se vea lo menos dañado posible.

En Aragón la ley que ampara a este alumnado es la Orden de 25 de junio de 2001, del departamento de educación y ciencia, por la que se establecen medidas de intervención educativa para los alumnos con necesidades educativas especiales que se encuentren en situaciones personales sociales o culturales desfavorecidas.

Artículo décimo. —Actuaciones dirigidas al alumnado hospitalizado o convaleciente en su domicilio durante un periodo prolongado.

1. Los alumnos que padecen enfermedades o lesiones traumáticas, obligados a periodos de hospitalización o convalecencia prolongados, se encuentran en situación de desventaja con respecto a los demás. Para una adecuada atención a este alumnado, se ofertan las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias y los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.
2. Los alumnos hospitalizados o en atención domiciliaria mantendrán su escolarización, a efectos de evaluación y promoción, en sus respectivos centros ordinarios. Por esta razón, para garantizar la continuidad del proceso educativo, el profesorado de estas unidades se coordinará con el centro ordinario correspondiente para lograr un continuo en el proceso educativo.
3. El Departamento de Educación y Ciencia habilitará aulas de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos que mantengan regularmente hospitalizado un número suficiente de alumnos de Educación Infantil o en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, se podrán formalizar

convenios con instituciones de titularidad privada para el establecimiento de las mismas.

4. Los modelos organizativos que se establezcan en estas unidades, se caracterizarán por la flexibilidad y por la adaptación a las necesidades del alumnado hospitalizado.
5. La atención domiciliaria se llevará a cabo por el profesorado itinerante necesario para desarrollar la intervención educativa.
6. El Departamento de Educación y Ciencia proporcionará los medios y recursos tecnológicos adecuados para una mejor atención educativa a este alumnado, especialmente a través del uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

AULAS HOSPITALARIAS

“La pedagogía hospitalaria se materializa en las aulas hospitalarias. Reciben el nombre de Aulas Hospitalarias las unidades escolares creadas dentro de un hospital” (Muñoz, 2013, p 110).

El objetivo principal de estas aulas según Guillén y Mejía (2002, p 49) es “proporcionar una atención educativa-formativa y humana a los niños ingresados en el centro hospitalario”.

Los objetivos propuestos por el Ministerio de Educación y Cultura, y que la Subdirección General de Educación Compensatoria dictaminó en el programa de aulas hospitalarias son:

- *Continuar*, cuando las condiciones de salud lo permitan, *el curriculum establecido* en el nivel que le corresponda a cada niño, haciendo las adaptaciones curriculares que necesiten.
- *Facilitar la integración del niño* en su nivel de escolarización cuando finalice su periodo de hospitalización
- *Paliar el retraso escolar* con la continuidad de las actividades escolares dentro del hospital.

- Conseguir a través de las diversas áreas curriculares *que el niño sea capaz de valorar las dimensiones reales de su enfermedad*, evitando que se produzca angustia y aislamiento.
- Dar un carácter positivo y un *contenido formativo a los tiempos libres* y de ocio en el hospital a través de actividades de ocio de carácter educativo
- Diseñar y *desarrollar actividades* de carácter formal e informal *para mejorar su estado psico-afectivo*.
- *Estimular la participación de otras entidades* o grupos organizados en la atención a los niños hospitalizados.

Según Lizasoain (2005) la organización y funcionamiento de estas aulas comparte unos criterios generales uniformes, contando con las características de cada centro hospitalario y de cada caso en particular.

Para llevar a cabo las actividades hay que tomar un modelo organizativo flexible, que se adapte en todo momento a los factores que condicionan nuestra actuación en cada aula hospitalaria, a los horarios y a la actividad que se va a desarrollar con los alumnos. (Dirección Provincial de Educación de Madrid, citado por Lizasoain 2005).

Según Lizasoain (2005) para un buen desarrollo de las actividades es necesario establecer una coordinación constante entre los siguientes agentes:

- a) El equipo docente del aula.

En los centros hospitalarios en los que están destinados dos o más educadores, estos deben establecer y programar, conjuntamente, la organización y la distribución de los espacios; los grupos de alumnos; las actividades del aula y de las habitaciones de los pacientes encamados (Banco et al., citado en Lizasoain 2005).

- b) El personal sanitario.

El pedagogo hospitalario debe asumir responsabilidades de facilitador de la comunicación y de la relación entre el médico, el paciente y la familia (Hirdes et al., citado por Lizasoain 2005). En el momento del diagnóstico es el personal sanitario el que avisa a los profesores de las aulas y el que presenta a las familias. En este momento, se les enseña al niño y a la familia el aula y se les explica el funcionamiento. Así se

establece una relación continua de intercambio de información sobre la evolución del niño.

Autores como Callau, Nieto y Pérez 2006 cuando el niño ya acude de forma regular al aula, se mantienen entrevistas con las doctoras, supervisoras y enfermeras de la planta. Así se concretan aspectos para tener en cuenta en la intervención educativa al mismo tiempo que los profesores les dan información de cómo ven al niño..

- c) Las familias.

Es bien conocida en el ámbito clínico la idea de que la forma en cómo la familia responde a la hospitalización es un importante factor a tener en cuenta para la adaptación del paciente pediátrico (Ramsitu y Paredes citado por Lizasoain 2005).

“Los padres deben participar en los procesos de recuperación de la enfermedad de su hijo, y en los procesos educativos, sobre todo en lo que se refiere a la educación y organización del tiempo libre y de ocio mientras permanezca ingresado” (Guillén y Mejía, 2002, p 55).

- d) El centro de procedencia.

El tutor de su aula ordinaria ofrece los datos de información inicial que el profesor del aula hospitalaria considere necesarios para poner en marcha una programación. “Asimismo pueden facilitar actividades tipo, de las distintas áreas, que el niño está acostumbrado a realizar en clase” (Guillén y Mejía 2002 p 55).

Según Callau et al., (2006) los profesores del aula hospitalaria se mantienen también en contacto con el colegio de procedencia, dando a conocer la situación actual del niño y la atención educativa que está recibiendo en el aula hospitalaria. Se coordinan con el centro para:

- Recabar información sobre el nivel, actitud, madurez... del alumno
- Coordinar las actividades curriculares a seguir durante su estancia en el hospital.
- Informarle de la evolución del niño.

Como bien dicen Muñoz (2013) y Arango et al., (2004) se tienen que tener en cuenta las circunstancias, ser objetivos, fomentar y servirnos de lo que todavía puede disponer el paciente: la fuerza de voluntad y la inteligencia. Para adquirir las actitudes, los

conocimientos, los valores, los hábitos, todo eso que contribuya a su autodeterminación, y por tanto, a su libertad, a pesar de su enfermedad.

Es esta libertad espiritual, que no se nos puede arrebatar, lo que hace que la vida tenga sentido y propósito... Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas –la elección de la actividad personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino (Frank 1991, citado en Arango et al., 2004, p 25).

HISTORIA DE ARTETERAPIA

Según el foro Iberoamericano de Arteterapia, el arte ha formado parte de casi todas las culturas desde su origen, aportándonos información de aquellos que vivieron en la antigüedad, “la inmediatez y universalidad de sus elementos junto con su carácter subjetivo, hicieron del lenguaje visual una vía eficaz para la expresión y la comunicación del ser humano”.

En palabras del Foro Iberoamericano de Arteterapia y otros autores como Magdalena Duran se establecen una serie de circunstancias en diferentes ámbitos que han ido dando lugar a lo que conocemos hoy como Arteterapia.

- El primer hecho que hay que tener en cuenta es el nacimiento del psicoanálisis y como consecuencia, el descubrimiento del inconsciente.
- Las dos guerras mundiales, con miles y miles de personas afectadas, que dieron como resultado la necesidad de encontrar nuevas formas de tratamiento para el sufrimiento psíquico que padecían.
- El desarrollo de las psicoterapias.
- Las investigaciones en el ámbito pedagógico que se refieren al importante papel que el desarrollo de la expresión y la imaginación juegan en el conjunto del desarrollo infantil.

A finales del siglo XIX, varios autores comienzan a estudiar los dibujos y las pinturas de los enfermos mentales. Muchos de ellos, consideraban las obras de estas

personas como una prueba más de su enfermedad, como un síntoma más, relacionando así el arte con la locura.

Brown (2016) señala algunos de los autores más importantes en este sentido. Uno de los más conocidos era Lombroso quien en su obra “El hombre de genio” se dedicó “a describir las características de los dibujos de *locos, idiotas, delincuentes o criminales o asociales*, como elementos sujetos a una taxonomía” (López 2013).

Otro autor importante en este sentido es Tardieu, quien afirmaba que toda obra que se sale de lo académico es consecuencia de una enfermedad mental. Schultze-Naumburg en su obra *Arte y Raza* (1928), refuerza esta idea con la comparación que hace en ella de las obras de personas ingresadas en manicomios con obras del expresionismo.

En el lado contrario, estaban aquellos autores que consideraban las obras de los enfermos mentales como verdaderas obras de arte.

El psiquiatra alemán Morgenthaler escribió una monografía sobre un hombre que padecía un trastorno mental, la obra se llamaba “Un enfermo mental como artista: Adolf Wolfli”. En ella se hablaba de él como un verdadero artista y no como un caso clínico. (Martínez 2006, citado en Brown 2016).

Otro autor importante según López et al., en este sentido es Prinzhorn; historiador de arte y filósofo con formación en psicología y psiquiatría. Este estudioso comienza a hacer un análisis de las producciones de los enfermos mentales a través de la obra “El arte de los enfermos mentales. Una contribución a la psicología y a la psicopatología de la creación”. Con este estudio, llega a la conclusión de considerar a los esquizofrénicos como personas muy dotadas para crear imágenes espontáneas. Se convirtió en referente para los artistas surrealistas y “consideraba el arte de los pacientes mentales más auténtico y veraz, en cuanto representaba una experiencia interior no constreñida por las demandas del público ni de la crítica” (López 2013).

Después de esto, algunos autores comenzaron a considerar el papel del arte como terapia para enfermos mentales. Guislan, considera primordial “el carácter terapéutico que conllevaba la salida al exterior de los sentimientos y los pensamientos de los enfermos mediante la actividad artística... Bleuler también creía en la reversibilidad de la esquizofrenia mediante la pintura” (Cagigas, citado en Brown 2016 p 10).

Autores como Klein (2006) y López (2013) afirman que todos estos acontecimientos hicieron que desde 1941 Adrian Hill diera por primera vez el término de Arteterapia. Contrajo la tuberculosis en 1938, y mientras se encontraba ingresado en el sanatorio empezó a dibujar diferentes objetos para pasar el tiempo libre. De esta manera comenzó a darse cuenta de los beneficios que le producía esta actividad en su recuperación.

“Hasta el momento siempre eran los psiquiatras y psicólogos los que decían que la realización de obras artísticas beneficiaba a los enfermos, pero en este caso era el propio paciente el que expresaba lo positivo de la actividad” (Martínez, 2006 citado en Brown 2016 p 11).

En 1946, Marie Petrie comienza a hablar de una formación específica en arteterapia. En EE.UU de 1947, la principal fundadora del arteterapia es Margaret Naumburg que en su obra *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy* (Expresión del arte libre en niños con comportamiento perturbado como forma de diagnóstico y terapia) afirma que:

“El proceso del arte terapia está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras.” “Las técnicas del arte terapia están basadas en el conocimiento de que cada individuo, con o sin entrenamiento en arte, tiene la capacidad latente de proyectar sus propios conflictos de manera visual. Cuando los pacientes representan tales experiencias profundas, sucede, frecuentemente, que pueden mejorar la articulación verbal” (Naumburg 1958 citado en www.arteterapiaforo.org).

A partir de este momento, comienza a expandirse el término de Arteterapia a varios ámbitos y entre los profesionales relacionados con la psicología, educación, sanidad, arte, pedagogía... etc. A su vez, comienzan a crearse asociaciones de arteterapeutas, revistas, congresos, programas de estudio... etc.

ARTETERAPIA

Definición

El arte terapia es una profesión de salud mental en la cual los clientes, facilitado por el arteterapeuta, utilizan los medios del arte, el proceso creativo y la obra resultante para explorar sus sentimientos, resolver conflictos emocionales, fomentar la auto-conciencia, manejar el comportamiento y las adicciones, desarrollar aspectos sociales y habilidades, mejorar el sentido de la realidad, reducir la ansiedad y aumentar la autoestima. Uno de los objetivos de arteterapia es mejorar o restaurar el funcionamiento del cliente o su sentido de bienestar personal. La práctica del arteterapia requiere el conocimiento de las artes visuales (dibujo, pintura, escultura y otras formas de arte) y el proceso creativo, así como el desarrollo humano, las teorías y las técnicas de apoyo psicológico. (American Art Therapy Association 2013, traducido del original www.arttherapy.org)

Según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas el arteterapia “es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos” (www.arteterapia.org.es).

El arteterapia es un acompañamiento y una ayuda a la persona en dificultades sociales, educativas, personales... de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones plásticas, sonoras, dramáticas, teatrales, escritas... generen un proceso de transformación de sí misma y le ayuden a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa. (Jean-Pierre Klein citado por Mireia Bassols 2006 p 19)

Para Bassols 2006 en arteterapia se parte de la persona. Cada historia es personal e irrepetible por lo que el proyecto terapéutico es singular y el arteterapeuta se debe adaptar a cada uno de ellos. Cada paciente, hace cuestionar la teoría.

El arteterapeuta se encarga de proponer las condiciones necesarias para que el paciente comience a implicarse y a producir.

J-P Klein (2006) lo dice muy claramente: “no es un recorrido cognitivo, sino un descubrir juntos, abiertos los dos, a las sorpresas que puedan aparecer” (p 25-26). Acompañar es también un trabajo que conlleva una escucha y una disponibilidad hacia el otro y hacia uno mismo.

Muchos profesionales usan el arteterapia para tratar temas que con una terapia verbal no se pueden alcanzar.

Aunque inicialmente esta terapia se usaba con fines terapéuticos, en la actualidad su ámbito de actuación se ha ampliado para tratar “procesos de cambio, como vía de autoconocimiento y para desarrollar ciertas habilidades como la creatividad, percepción, intuición, etc. Cada vez se lleva más a cabo en residencias de ancianos, colectivos con problemas de integración, con deficiencias psíquicas o con enfermos psiquiátricos. También en el tratamiento de enfermedades como el estrés, la ansiedad, la fibromialgia o los trastornos alimenticios” (Citado en <http://www.saludterapia.com/glosario/d/6arteterapia.html#ixzz4Pigl5L7z>).

El arteterapia consiste en que la persona hable del mismo sin decir “yo” a través de las formas artísticas. Es una forma de decir la verdad a través del juego simbólico. Las obras pueden representar actos de violencia, de agresividad, abandonos, pérdidas, sentimientos,... y lo hacen de forma indirecta. (J.P Klein citado en Bassols 2006)

Fases del proceso de arteterapia

Rubin describe tres fases del proceso terapéutico (citado en Selman 2006):

Fase Inicial

Los objetivos en esta fase para el arteterapeuta son establecer una buena relación con el paciente y comprender los problemas que trae. Se intenta que el paciente conozca al terapeuta, los medios y materiales o las particularidades del proceso arte terapéutico. En esta fase el niño se sentirá más seguro y confiado, lo que facilitara el trabajo posterior.

Fase intermedia

Esta fase ocurre cuando “la alianza terapéutica está desarrollada”. El paciente comienza a revelar verbal y no verbalmente los deseos y miedos escondidos. “El objetivo es integrar la nueva imagen de sí mismo de una manera activa y pasiva, es decir, no solo pensándola, sino también haciéndola”.

Fase final

Es el fin del proceso. Esta etapa persigue analizar y evaluar el proceso vivido.

Artes implicadas en arteterapia

Las artes que se pueden utilizar para desarrollar arteterapia son, según Reisin (2005):

- *Artes dramáticas*: favorecen actitudes y vías de acceso a lo subjetivo tales como: “el desempeño de distintos roles, el desafío a ciertos bloqueos corporales, la posibilidad de atravesar el temor a la exposición, al contacto... etc”.
- *Artes visuales*: con este arte podemos ver lo plasmado en un objeto. Aquí se encuentra la escultura, el dibujo, la pintura, los títeres, las mascararas.

En esta área habría un interjuego entre el control y el descontrol, ya que requiere una cierta apropiación de la técnica requerida para abordar la materialidad del objeto, el cual ofrece diferentes resistencias a ser manipulado, con lo que se puede tanto favorecer como obstaculizar la tarea, ambas ricas para ser trabajadas (piénsese en la diferencia del trabajo con arcilla o con alambres).

Estas áreas facilitan la expresión de aquellos que tienen dificultades con lo corporal y/o lo verbal.

- *La danza y la expresión corporal*. La conexión con el cuerpo propio y el de los demás puede prescindir de la palabra “El ocupar un lugar en el espacio teniendo como protagonista el movimiento del sujeto, metaforiza su capacidad de apropiación de un lugar”.
- *La escritura*. Con ella se facilitan cuestiones paradójales, “desde la organización de ideas hasta el no control de los pensamientos; permite tanto la expresión sin sentirse demasiado expuesto como la corrección continua de lo escrito.”
- *La música*. Al oído llegan los sonidos, es esencialmente receptivo y de las artes es la más inmaterial, ya que su materialidad, -los sonidos-, son frecuencias de ondas que viajan por un espacio transmisor. Esto facilita el no poder ejercer cierto control sobre el objeto.

Adrian Hill propone inicialmente un garabato con el lápiz en el papel. A partir de ahí, no hay más que dejarse llevar. (J.P Klein 2006)

En pintura, se da un primer paso de desbloqueo, dejándose llevar por las imágenes que vengan, los trazos, las formas, los colores,... buscando que la mano huya de la censura del ojo, como una desinhibición, para organizarlo en un segundo momento y poco a poco ir accediendo a lo más profundo de la persona (Klein, 2006, p 21).

Materiales utilizados

Según Serrano Morales (2006) existen diferentes tipos de materiales o medios artísticos y diferentes formas de utilizarlos:

- Soportes: papeles de diferentes tipos, tamaños y texturas, revistas, diarios, madera, cartones... etc.
- Gráficos: lápices, ceras, carboncillo, plumas, grafito, tizas, ... etc.
- Modelado: arcilla, plastilina, arena, yeso, masa de pan, etc.
- Pintura: temperas, acrílicos, tintas, pigmentos... etc.
- Materiales de desecho: bolsas de papel, catálogos, botellas, bandejas, envases de vidrio. Aquí se puede insertar el collage, que consiste en pegar diferentes materiales de distinta forma en una superficie plana.
- Nuevos medios: últimamente se está insertando la tecnología en el arteterapia a través de videos, fotografías y ordenadores.

Arteterapia en niños

Como bien dice Collete (2011), con la población infantil, el uso de las terapias artísticas está justificado por la gran espontaneidad gráfica observada en los niños, así como por su menor capacidad evolutiva de expresar verbalmente sus emociones y sentimientos.

Las ventajas que el arteterapia aporta a los niños y adolescentes se pueden sintetizar en tres temas principales según el Congreso de Educación en las Artes Visuales (2005) son:

1— El dibujo y el arte son una forma natural de expresión en el niño:

De forma espontánea, los niños plasman sus vivencias a través del juego y de sus dibujos, más allá de las dificultades emocionales, mentales o físicas que puedan tener, y la intervención del arteterapeuta puede ayudar a desvelar y a facilitar la integración de estos contenidos simbólicos.

2— El arte como forma no-verbal de comunicación:

Las imágenes llegan allá donde las palabras no alcanzan. Muchas personas han recurrido al arte para expresar sus miedos y preocupaciones más profundas. El Arte Terapia, desde sus orígenes, se ha presentado como una alternativa a las psicoterapias verbales, ya que la comunicación entre el paciente y el terapeuta se da a diferentes niveles.

3—Facultades que se desarrollan por medio del Arte Terapia:

Gracias al arteterapia, los niños y adolescentes ponen en acción habilidades y potencialidades que le ayudan en su capacidad de aprendizaje y de adaptación. Las más relevantes son:

— Capacidad de simbolizar.

— Expresar y elaborar emociones difíciles: “El arte proporciona alivio, disfrute, juego, catarsis, salpicar y manchar con los materiales, aspectos a menudo esenciales para los niños cuyo desarrollo emocional se ha visto gravemente afectado” (Dalley, citado en el Congreso de Educación en las Artes Visuales, 2005).

— Afirmación del yo: Como forma de psicoterapia, el Arte Terapia posibilita el emerger de un yo sano frente a un yo neurótico. Con la ayuda del terapeuta, el niño puede reconocer el valor de lo creado, y establecer puentes entre sus creaciones, su mundo psíquico y sus relaciones con el entorno.

— Desarrollo de las funciones motoras y de la atención: El niño se puede relacionar con las cualidades de los materiales y poner en acción su cuerpo. Además, proporciona una ocasión para que el niño se concentre en una tarea placentera para él.

Arteterapia en oncología pediátrica

Según Puleo (2012) las artes plásticas se utilizan en la pediatría oncológica como medio terapéutico para que el paciente plasme aquello que no puede expresar de manera verbal. De esta manera, el arteterapia constituye una forma de manifestar, exteriorizar y canalizar estados de ánimo, emociones, sentimientos, ideas, carencias, fortalezas y determinadas inquietudes surgidas durante el padecimiento de la enfermedad.

Mediante el arte se producen cambios en la actitud de una persona hospitalizada, en su estado emocional y hasta en su manera de percibir el dolor, convirtiendo su estado de estrés en otro de relajación y flujo propicio para la creatividad (Csikscenmihalyi, citado en Romero y Alonso 2007)

En Collete (2011) se estudian varias investigaciones sobre los beneficios del arteterapia en pacientes con cáncer ingresados en hospitales. El resultado de estas es que la creación artística ha hecho que los enfermos de cáncer sientan un alivio del dolor y del sufrimiento, favorece la comunicación con su entorno, un aumento de la autoestima y de la serenidad emocional frente a la enfermedad y los tratamientos que esta conlleva. Así pues, favorece tanto la mejoría física como la rehabilitación emocional, ya que por un momento se olvidan de su enfermedad y se concentran en la actividad.

Para el paciente, el bienestar se consigue durante el proceso de la creación artística, independientemente de sus habilidades técnicas y del resultado que se ha conseguido. “El adentrarse en un lenguaje alternativo abre múltiples puertas hacia la libre autoexpresión y la reflexión” (Collete 2011 p 83).

Encuadre o setting de arteterapia en oncología

Selman Pinto (2006) expresa que el trabajo con pacientes hospitalizados debe de ser muy flexible; en relación a la manera de trabajar, dónde hacerlo y por cuánto tiempo

Pratt y Wood describen que el encuadre en arteterapia en oncología, debe ser flexible en cuanto a los siguientes factores (citado en Lorenzo, 2012):

- Grupo humano: con el que se trabaja. Se podrá trabajar con solo un niño, con varios, en coordinación con la familia o con el equipo médico.
- Tiempo: el tiempo que dure la sesión dependerá de las condiciones físicas y emocionales en las que se encuentre el niño en ese momento.
- Lugar: también dependerá de la situación en la que se encuentre el paciente. Las sesiones en el hospital se podrán llevar a cabo en el hospital; dentro de este podrá ser en la habitación en la que se encuentre ingresado, en la sala de espera, o en el aula. También se puede llevar a cabo arteterapia en niños con esta enfermedad que se encuentren en su casa.
- Materiales: el uso de materiales también dependerá del tipo de paciente, del grado de avance de la enfermedad y de su estado físico.

El juego

Según varios autores como Venegas (2010) y Labián (2012) dar una definición concreta de juego es algo complicado ya que posee una gran cantidad de características y aspectos subjetivos que son difíciles de explicar. Además hay una gran cantidad de definiciones que varían en función de la época en la que se han planteado.

Entre las definiciones más conocidas encontramos la de Huizinga:

El juego es una acción o una actividad voluntaria, realizada en cierto límite fijos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida pero absolutamente imperiosa, prevista de un fin en sí, acompañada de una sensación de tensión y de júbilo, y de la conciencia de ser otro modo que en la vida real. El juego es el origen de la cultura. (Citado en Venegas et al., 2010, p 17)

Para Romero y Alonso (2007) la esencia del juego es el placer que proporciona. Los niños aprenden mediante el juego y en él, se sienten libres y se divierten probando.

Russel también da una definición de juego: “el juego es una actividad generadora de placer que no se realiza con una finalidad exterior a ella, sino por sí misma” (citado en Gutiérrez 2004, p 156).

Teniendo en cuenta varias definiciones a lo largo del tiempo, las características del juego según Venegas et al., (2010) son las siguientes:

- El juego es libre, espontáneo y voluntario.
- El juego produce placer
- El juego es innato. Es propio de la infancia e interviene en el proceso de aprendizaje ya que necesitan jugar para explorar el mundo que les rodea.
- El juego implica actividad, ya sea física o psíquicamente.
- El juego favorece la socialización y tiene una función compensadora de desigualdades, integradora y rehabilitadora.
- El juego es un elemento motivador. Utilizándolo como recurso metodológico podemos hacer todas las actividades atractivas para los niños.
- El juego tiene un fin en sí mismo. Con el juego se pretende disfrutar mientras juegas y no esperar una finalidad concreta.
- El juego se desarrolla en una realidad ficticia. Cada uno puede imaginarse ser lo que quiera.
- El juego nos muestra en que etapa evolutiva se encuentra el niño.
- El juego permite al niño afirmarse, es un camino para resolver conflictos.
- El juego está limitado en tiempo y espacio. En cuanto al tiempo, este dependerá del disfrute del que juega.
- En el juego el material no es indispensable.

Schaefer 1998 afirma que:

Los hospitales deben crear un ambiente que se asemeje al del hogar, un ambiente con espacios disponibles y permiso para jugar como en casa, un salón de juegos desordenado, lleno de juguetes familiares, fortaleciéndose así la salud mediante la actividad y permitiéndose que los pacientes transformen el ser pasivo que sufre en un ser activo que interviene en su propia recuperación (Citado en Romero y Alonso, 2007 p 412).

Según Ibáñez (2012) el arte y el juego son los lenguajes primordiales para los niños con el que pueden expresarse y comunicarse con el niño. “Arte y juego forman parte de una misma actividad en el universo del niño” (Ibáñez 2012 p 2). Arte y juego están presentes desde el inicio de la vida y ambos sirven como puente entre la realidad interna

y la realidad exterior. Así, se debería de considerar el arte como algo que nunca es ajeno al juego, sino que forma parte de él. Como relata Gardner el niño “canta mientras dibuja, baila mientras canta, relata historias al tiempo que juega en la bañera o en el jardín” (citado en Ibáñez 2012 p 4).

PLANIFICACION DE UNA INTERVENCION

Justificación

En la siguiente intervención se usan elementos de la arteterapia para trabajar contenidos educativos de la educación artística en niños enfermos de cáncer con edades de 8 y 9 años.

He decidido usar el arteterapia, y a su vez el juego, como recurso educativo ya que, como varios autores citados anteriormente afirman, ayuda a paliar los efectos negativos de la enfermedad mediante la expresión del arte. A través de él comunican sus problemas y sus emociones, y se evaden de todo lo que el hospital conlleva, realizando actividades con las que pueden disfrutar.

Las actividades que se van a realizar tienen un sentido terapéutico y educativo a la vez, ya que muchas de ellas ayudan a conseguir los objetivos y contenidos establecidos en la LOMCE para educación artística.

Para llevar a cabo dicha intervención, se usa un tipo de corriente artística que se encuentra dentro de la arteterapia, “Land art”. Consiste en trabajar con elementos de la naturaleza a través del propio cuerpo. En este sentido, se menciona a la artista cubana Ana Mendieta. Uno de los motivos por los que he decidido trabajar con esta artista es el de hacer conocer a una artista latinoamericana desconocida en ocasiones en nuestro país. Mendieta trabajó, a partir de su propio cuerpo o el rastro de él, la vinculación con la naturaleza, así como el respeto y el amor hacia el medio ambiente. Temas que creo propios para trabajar, a través de la arteterapia, con niños.

Contextualización

La presente intervención con niños ingresados en oncología pediátrica se llevará a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

He decidido realizar mi intervención en este hospital ya que he podido asistir al aula en distintas ocasiones durante la realización de mi Trabajo de Fin de Grado y he podido recabar información sobre la metodología con la que los tres maestros que están en su aula trabajan.

Además, es el único hospital en Zaragoza que cuenta con una sección de oncología pediátrica por lo que se trabaja a menudo con niños que sufren esta enfermedad.

Al aula acuden todos los niños de 3 a 16 años ingresados en el hospital, en horario de mañanas de lunes a viernes. Dentro de ella están todos juntos, y aunque hay un espacio reservado para cada grupo de edad (educación infantil, educación primaria y educación secundaria), pueden compartir espacios y mezclarse unos con otros, en función de las preferencias que tenga cada uno de ellos. Es un aula caracterizada por la flexibilidad.

Además, los maestros acuden a las habitaciones de aquellos niños que por algún motivo de salud necesita quedarse ahí o si el personal médico así lo determina (infecciosos, diálisis, quemados, aislamiento oncológico, UCI).

Encuadre de la intervención.

A las sesiones acudirán 6 niños de entre 8 y 9 años ingresados en pediatría oncológica.

Tendremos que tener en cuenta que en algunas sesiones no se encontrarán todos los niños ya que puede que tengan que recibir tratamiento o estén cansados por él, tengan que realizarles alguna prueba o por otros motivos.

La duración de cada sesión será aproximadamente de una hora y 15 o 30 minutos.

Para entender las características y el momento evolutivo en el que se encuentran los niños en este grupo de edad creo necesario recurrir a las etapas evolutivas de Piaget.

Los niños en esta edad (8-9 años) se encuentran en el estadio de operaciones concretas según este autor.

Esta etapa se caracteriza por el uso del pensamiento lógico para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas de las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas.

Una de las capacidades más importantes que se desarrolla en este periodo es la de “conservación”. Por conservación se entiende la capacidad de comprender que la cantidad se mantiene igual aunque se varíe su forma, comprender que la cantidad es la misma (por ejemplo un litro de agua) en recipientes de muy diversas formas.

A través de diferentes estudios se ha llegado a la conclusión de que en términos generales, la conservación de las cantidades aparece hacia los 7 – 8 años, la del peso hacia los 9 – 10 años y la del volumen hacia los 11 – 12 años.

Hay que tener en cuenta que no todos los niños adquieren estas capacidades al mismo tiempo ya que esto dependerá de diferentes factores. Es como que si cada adquisición fuese necesaria para que tuviesen lugar las otras más complejas.

En esta etapa comienza a desaparecer el pensamiento egocéntrico característico de la etapa anterior. El niño comienza a tener más experiencias con sus iguales y se da cuenta de que existen otros puntos de vista a parte del suyo.

Otras propiedades lógicas que desarrollan los niños en esta edad según Piaget son las siguientes:

- Composición: dos acciones sucesivas pueden coordinarse en una sola.
- Reversibilidad: la acción se vuelve reversible.
- Asociatividad: un mismo resultado puede alcanzarse por dos caminos diferentes.
- Identidad: el retorno al punto de partida permite encontrar lo idéntico a sí mismo.

En cuanto al juego, en esta edad se desarrollan juegos de reglas simples y concretas, directamente unidas a la acción y apoyadas generalmente por objetos y accesorios bien

definidos. Estas reglas se asumen voluntariamente y todos los jugadores las conocen. Al principio son muy básicas y poco a poco se van incorporando nuevas normas.

A través de los juegos de reglas, los niños y niñas desarrollan estrategias de acción social, aprenden a controlar la agresividad, ejercitan la responsabilidad y la democracia.

Vinculación con el currículum

Objetivos

A través de la presente intervención se intentará que los niños consigan los siguientes objetivos propuestos en la LOMCE para Educación Artística:

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

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

Obj. EA5. Explorar, conocer, elaborar y manejar materiales e instrumentos básicos de los lenguajes artísticos y adquirir cogidos y técnicas específicas a través de la expresión espontánea y analítica, desarrollada por medio de la audición activa, la voz, el gesto, los instrumentos, el lenguaje corporal y el visual y plástico, para utilizarlos con fines expresivos, comunicativos y lúdicos.

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

Obj. EA10. Desarrollar una relación de auto-confianza con la producción artística personal, valorando las creaciones propias y las de los otros y sabiendo recibir y

expresar críticas y opiniones, articulando mecanismos personales de respeto, tolerancia y resolución ajustada de las situaciones de conflicto.

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

Obj. EA12. Conocer algunas de las profesiones de los ámbitos artísticos, interesándose por las características del trabajo de los artistas, y disfrutar, como público en unos casos, con la observación de sus producciones, y en otros, con la participación activa... desarrollando la curiosidad, el interés, la sensibilidad estética y el reconocimiento que merece el autor de las obras en su existencia.

Contribución al desarrollo de las competencias clave

Durante las siguientes sesiones se van a desarrollar las siguientes competencias extraídas de la LOMCE para la materia de Educación Artística:

Competencia conciencia y expresión cultural

En cuanto al conocimiento de diferentes códigos artísticos. Posibilita la utilización de las técnicas y los recursos que les son propios para expresar ideas, experiencias o sentimientos de forma creativa... tanto de forma individual como colectiva.

Facilita la representación de una idea de forma personal valiéndose de los recursos que los lenguajes artísticos proporcionan, promoviendo la iniciativa, la imaginación y la creatividad.

Contribuye a que el alumno se acerque a diversas manifestaciones culturales y artísticas.

Competencia de sentido de iniciativa y espíritu emprendedor

Promueve la competencia al hacer de los proyectos de creación artística uno de sus ejes principales. El proceso creador potencia la capacidad para indagar, experimentar, imaginar, prever, planificar y realizar las propias producciones.

Competencia aprender a aprender

Experimentación con técnicas, materiales, la exploración sensorial de sonidos, texturas, formas o espacios y la manipulación de objetos.

Competencia social y cívica

Participación en experiencias colectivas como forma de expresar ideas propias, valorar las demás y coordinar acciones propias y de otros integrantes.

Competencia en comunicación lingüística

En cuanto a las fases iniciales y finales en las que los niños nos cuentan sus experiencias y su estado de ánimo.

Metodología

La metodología que se lleva a cabo durante esta intervención es una metodología global, a través de la cual se trabajan algunos de los contenidos propios de la etapa en la que se encuentran los niños de 8 y 9 años y objetivos del currículo establecido en la LOMCE para Educación Artística en el tercer curso de Educación Primaria.

Se trabajarán dichos contenidos y objetivos a través de una metodología basada en el juego y en la creatividad. A través del arteterapia, los niños ponen en práctica su creatividad de una manera lúdica para ellos. Casi toda la intervención se desarrollara con elementos de la naturaleza, usando como referente a la artista Ana Mendieta.

En todas las sesiones, el niño será el protagonista de su propio aprendizaje. Por medio del descubrimiento de nuevos materiales se intenta que los niños sean capaces de tomar decisiones en cuanto a qué material van a usar durante su proceso creativo.

Las actividades se han planteado teniendo en cuenta el grado de desarrollo de los alumnos. A través de ellas se intenta que alcancen el aprendizaje de una manera constructiva.

En algunas de las sesiones se llevará a cabo un aprendizaje cooperativo, con el que los alumnos se relacionarán entre si y se ayudarán unos a otros. En casi todas ellas, los alumnos van a trabajar en un mismo espacio en la mesa y compartiendo los materiales. De esta manera, fomentamos también conductas de relación con su grupo de iguales.

Además, se seguirá el principio de normalización, actuando como si estuviéramos en una clase ordinaria. Así evitaremos que se despierten dudas, desconfianza, ansiedad y temor en el niño. Siempre teniendo en cuenta las limitaciones de los pacientes, como por ejemplo el estado de salud tras recibir el tratamiento, las características de la patología, situación presente... etc.

La actitud de la maestra durante toda la intervención será de acompañamiento a los alumnos durante su proceso creativo. Se les dará total libertad para usar los materiales que los niños quieran, así como para dibujar y plasmar sus vivencias y emociones. Se valorará más el proceso que siguen mientras realizan su trabajo que el resultado final. La profesora mostrará siempre una actitud positiva y alegre.

Contenidos

En la fila horizontal aparecen las sesiones y en la vertical los contenidos que se han trabajado. Se marca con una cruz los contenidos que se han trabajado en cada una de las sesiones.

Diagrama de elaboración propia

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Indagación sobre las posibilidades plásticas y expresivas de los elementos naturales y su uso			x	x	x	x	x	x	x	

con fines expresivos										
Observación de materiales y elementos usados en obras plásticas			x							
Conocimiento de obras de artistas			x							
Uso responsable de la imagen, tanto de la propia, como de la de los demás.							x	x	x	
Búsqueda de la posibilidad de color		x		x	x			x		
Utilización de diferentes texturas		x	x	x	x	x	x	x	x	
Exploración de cualidades de los materiales		x				x				
Elaboración de imágenes		x		x	x		x	x	x	
Comunicación oral de su proceso creativo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Respeto y cuidado del entorno			x	x		x	x	x	x	
Respeto por los compañeros	x						x	x	x	
Uso responsable de materiales y espacios	x	x	x		x	x	x	x	x	
Elaboración de obras en grupo							x		x	
Exploración del espacio del aula	x									
Toma de decisiones										x
Expresión libre y creativa de emociones y sentimientos		x		x	x	x		x	x	

Desarrollo de la creatividad		x	x	x	x	x		x	x	
-------------------------------------	--	---	---	---	---	---	--	---	---	--

(Se establecen contenidos extraídos de la LOMCE para el tercer curso de Educación Artística y contenidos de elaboración propia que se trabajan en las sesiones)

Temporalización de las sesiones

	Fase inicial	Fase intermedia	Fase final
Sesión 1	25 min.	35 min.	15 min.
Sesión 2	15 min.	40 min.	20 min.
Sesión 3	30 min.	40 min.	10 min.
Sesión 4	20 min.	40 min.	15 min.
Sesión 5	20 min.	50 min.	15 min.
Sesión 6	15 min.	40 min.	15 min.
Sesión 7	15 min.	50 min.	15 min.
Sesión 8	15 min.	45 min.	15 min.
Sesión 9	15 min.	50 min.	15 min.
Sesión 10	1 hora		

Sesión 1: Nos conocemos.

Objetivos

En esta primera sesión, el objetivo principal es que el niño se sienta cómodo, tanto con sus compañeros, como con la maestra y en el aula en general.

- Establecer una buena relación con la maestra
- Conocer a los compañeros
- Conocer el aula
- Familiarizarse con el espacio del aula

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

En primer lugar, será la profesora quien comience a hablar. Dirá su nombre, sus aficiones,... etc. Además, explicará a los niños en qué consiste su trabajo, los tipos de actividades que vamos a realizar y los materiales que vamos a utilizar.

Después, serán los niños, uno por uno, los que al igual que la maestra, comenzaran diciéndonos su nombre. Después tendremos unas preguntas preparadas como por ejemplo: que les gusta hacer en sus ratos libres, si les gusta pintar y que es lo que más les gusta dibujar, cuales son las actividades que más les gustan en las clases de Educación Artística, que materias les gustan más... Además, les daremos total libertad para hablar sobre los temas que quieran en ese momento.

Fase intermedia

La segunda fase de esta sesión consistirá en movernos por el aula con el objetivo de familiarizarnos con ella.

Colocaremos a cada niño en una parte del aula y a través de la música nos iremos moviendo por ella siguiendo todos el mismo recorrido. Como hay 6 niños, estableceremos 6 lugares dentro del aula en los que se tendrán que quedar quietos cada vez que se pare la música.

Cuando la música pare, miraremos lo que tenemos enfrente de nosotros en el espacio en el que nos hemos parado. Comentaremos a los demás compañeros qué vemos, qué materiales hay, qué colores podemos observar, etc. Podemos incluso coger los

materiales que haya a nuestro alrededor e iremos preguntando niño a niño que es lo que tenemos y que es lo que más llama nuestra atención desde ese punto de vista.

Fase final

Para terminar, comentaremos uno por uno que es lo que más y lo que menos nos ha gustado de la sesión, en que rincón del aula nos hemos sentido más cómodos y que sensaciones hemos tenido.

Sesión 2: Nos familiarizamos con los materiales.

Objetivos

- Conocer los materiales que vamos a utilizar
- Establecer un primer contacto con los materiales
- Saber que material nos gusta mas
- Conocer las características propias de cada material
- Desarrollar la creatividad
- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos

Materiales

Folios blancos, folios de colores, lápices de colores, rotuladores, ceras, acuarelas, pintura de manos, pinturas blandas... etc.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

Cuando los niños entren al aula, la profesora les preguntará cómo se sienten hoy. Además, les dará libertad para que puedan contar cualquier cosa que les ha pasado.

A continuación, comenzará a explicar lo que van a hacer ese día. Les enseñará los materiales que van a utilizar y cómo se usa cada uno de ellos. También explicará donde se encuentra todo lo necesario para que puedan desarrollar la sesión.

Fase intermedia

Agruparemos a los niños en una misma mesa. En el centro estarán los folios blancos y los folios de colores, además de los diferentes materiales ordenados en cajas.

Las únicas instrucciones que dará la profesora es que o bien pueden usar un solo material en un folio o bien si quieren pueden usar más de uno. También que pueden dibujar lo que quieran.

Lo importante es que intenten explorar la mayoría de materiales.

Conforme vayan terminando los dibujos irán poniéndoles el nombre y se los irán entregando a la profesora.

Fase final

Una vez recogidos todos los materiales, comenzaremos a hablar sobre la sesión. En primer lugar, iremos preguntando niño a niño con cuál de los materiales nos hemos sentido más cómodos y porque, y por el contrario, cual es el que menos nos ha gustado. Además, haremos elegir a cada niño el dibujo que más les ha gustado hacer y nos explicarán porque. También explicarán el proceso que han seguido hasta llegar al resultado final y qué es lo que aparece en el.

Tercera sesión: conocemos a Ana Mendieta

Objetivos

- Conocer aspectos de la vida y algunas de las obras de Ana Mendieta
- Identificar qué tienen en común muchas de sus obras
- Realizar una caja donde guardaremos nuestros trabajos
- Usar materiales extraídos de la naturaleza como elementos decorativos
- Crear un espacio de privacidad y seguridad dentro del aula y del hospital
- Desarrollar la creatividad

Materiales

Power Point de la profesora para enseñar obras de Ana Mendieta, caja de zapatos, elementos de la naturaleza (hojas, piedras pequeñas, flores, palos...etc), materiales gráficos (pinturas, ceras, rotuladores...etc).

Unos días antes se avisará a los niños de que para esta sesión deben traer una caja de zapatos. La profesora llevará unas cuantas por si se da el caso de que algún niño no haya podido conseguirla. También se encargará de llevar palos, hojas, flores... etc.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

En primer lugar, hablaremos de cómo nos sentimos hoy. Después la profesora expondrá lo que vamos a hacer durante la sesión.

Primero comentara algunos aspectos de la vida de Ana Mendieta; se les debe hablar sobre una artista nacida en Cuba que siendo una niña la llevan a vivir a un país muy diferente al suyo (EE.UU), separándola de sus padres. Un país con otra lengua y otras costumbres. Explicarles que allí no estaba feliz porque en ese país no entendían ni su idioma ni su cultura. Después, comenzó a estudiar Bellas Artes y pudo trasladarse a México y más tarde a su país de origen, Cuba.

Creo que su historia personal puede servir a los niños a identificarse con ella, en cuanto a que tuvo que irse de su país para ir a otro muy extraño para ella. Los niños pueden relacionarse con esto, ya que al igual que Ana Mendieta, a estos niños se les ha separado de su entorno para permanecer en otro totalmente diferente y desconocido como es un hospital.

Resaltaremos el esfuerzo que hizo y la actitud luchadora para volver de nuevo a su país, relacionándolo también con la situación en la que se encuentran.

A continuación, veremos algunas de las obras de Ana Mendieta (ANEXO 1) y realizaremos algunas preguntas sobre ellas. Comenzaremos por decir que es lo que vemos en la imagen, que materiales ha podido utilizar para hacerlo, que procedimiento

ha podido seguir para realizar la obra... etc. Además, se irán resolviendo todas las dudas y preguntas que vayan planteando los niños.

Cuando hayamos visto todas, tendremos que obtener la característica común que comparten todas las obras que hemos visto: la naturaleza.

Fase intermedia

Una vez comentadas las obras de Ana Mendieta y los aspectos sobre su vida, comenzaremos a decorar la caja donde guardaremos nuestros trabajos a través de elementos de la naturaleza.

La profesora enseñara a los alumnos la caja que ha realizado anteriormente para que les sirva como ayuda.

La profesora proporcionará a cada niño unos cuantos elementos naturales de cada tipo para que todos puedan usarlos, además de plastilina, rotuladores, ceras, acuarelas, papel reciclado, etc. Los niños tendrán total libertad para que usen los materiales que quieran y decoren su caja.

Fase final

Enseñaremos nuestras cajas a los demás compañeros y explicaremos el proceso que han seguido hasta llegar al resultado final. Después comentaremos la sesión, que es lo que mas y lo que menos nos ha gustado y porque.

Sesión 4: collage con elementos de la naturaleza

Objetivos

- Trabajar con elementos naturales
- Conocer las características de los elementos de la naturaleza
- Aprender a querer y respetar el medio ambiente
- Realizar un collage con elementos de la naturaleza
- Desarrollar la creatividad
- Favorecer la integración sensorial

- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos
- Comunicar un mensaje artístico

Materiales

Cartulinas grandes de colores, hojas de arboles, palos y piedras pequeñas, hiervas, flores secas, conchas del mar, arena y papel reciclado.

Todos estos materiales los llevará la maestra al aula.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

De nuevo, serán los niños quienes nos cuenten lo que deseen y nos digan cómo se encuentran.

Después de esto, la profesora explicará lo que vamos a hacer durante la sesión. Primero enseñará los materiales (elementos de la naturaleza) que vamos a utilizar y los iremos comentando uno a uno, preguntando, por ejemplo, donde podemos encontrar cada uno de ellos, que características tienen (color, tacto, peso, olor...), también si alguna vez los hemos visto de otra forma (por ejemplo, las hojas mas grandes o más pequeñas, de otro color, con otro tamaño... etc) y todo lo que nos quieran contar sobre alguno de los elementos.

Por último, la profesora les explicará en qué consiste el collage y les mostrará ejemplos para que los niños puedan verlo. También les dirá como pueden pegar en el papel cada uno de los elementos para que no tengan dudas durante el proceso.

Fase intermedia

Es el momento de realizar el collage. Los niños elegirán el color de la cartulina que quieren usar. En grupos de tres mesas, la profesora le dará a cada niño unos cuantos elementos naturales de cada tipo. Además, también les proporcionará los otros materiales (pinturas, ceras, acuarelas, rotuladores) por si quieren usarlos.

Cuando terminen de realizar el collage, se les pedirá que pongan un título a su obra.

Fase final

En la última parte de la sesión, cada niño mostrará al resto de los compañeros sus collages, explicará que materiales ha decidido usar y cual le ha gustado más. También nos dirán que titulo han decidido ponerle y explicar porque.

Por último, guardaremos las creaciones en la caja que tenemos preparada con nuestro nombre de la sesión anterior. Si algún niño quiere, podrá llevárselo para enseñárselo a sus familiares o algún amigo.

Sesión 5: arena y sal de colores.

Objetivos:

- Crear arena de diferentes colores a partir de un mismo material
- Realizar un dibujo o una botella con sal de colores
- Conocer nuevas formas de usar los elementos naturales
- Desarrollar la creatividad
- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos

Materiales

Arena de mar, sal, tizas de colores, cartulina, cola blanca, embudo y botellas de vidrio pequeñas. Se avisará a los niños unos días antes de realizar la sesión para que traigan al aula una botella pequeña de cristal. De todas formas, la profesora tendrá preparadas unas cuantas por si se da el caso de que el niño no haya podido conseguirla.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

En primer lugar, hablaremos de cómo nos sentimos. Después la profesora presentará los materiales que vamos a utilizar durante la sesión y lanzará la siguiente pregunta: ¿Qué podemos hacer mezclando la sal y las tizas? Se dejará un tiempo para que los

alumnos respondan. A continuación, les explicará lo que vamos a hacer y ella misma hará el proceso para que los niños puedan verlo. En un folio echará un poco de sal y arena, y con la tiza de un color frotará la sal hasta que esta coja el color que hemos elegido.

Los niños comenzarán a probar ellos mismos eligiendo un color cada uno. Después, la profesora les enseñará un ejemplo de dibujo con la sal de colores; irá poniendo pegamento y encima echará la sal y la arena colorida para que se quede pegada. También, enseñará como lo podemos hacer en una botella; echando la sal de color en color dentro de ella con ayuda de un embudo.

Fase intermedia

Los niños ya habrán fabricado sus colores. Como es un proceso que puede fatigar a los niños, la profesora tendrá preparada una cantidad de cada color por si se da el caso de que un niño se canse.

Los niños elegirán si desean hacer la botella o el dibujo con la sal y se pondrán a ello con la ayuda de la profesora. En el caso de que diera tiempo, podrían hacer ambos.

Fase final

Como en todas las sesiones, comentaremos nuestros trabajos. Al igual que en la sesión anterior, tendrán que poner un título a su obra. Cada niño nos contará como ha ido realizando el dibujo, las dudas y preocupaciones que ha tenido durante el proceso si es el caso de que haya tenido, que sensaciones le ha dado trabajar con la arena de colores, etc.

Por último, recogeremos nuestras obras en la caja que tenemos preparada para ello.

Sesión 6: creación con arcilla

Objetivos

- Trabajar con arcilla
- Modelar con las manos un material más o menos duro.

- Integrar diferentes materiales en una figura
- Desarrollar la creatividad
- Integración sensorial
- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos

Materiales

Arcilla, elementos de la naturaleza (hojas, piedras, palos... etc).

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

Como en las sesiones anteriores, serán los niños que quieran quienes cuenten como están y si tienen algo que contarnos.

A continuación, explicaremos lo que vamos a hacer durante la sesión. La maestra presentará el material con el que vamos a trabajar; la arcilla. Le repartirá a cada niño una masa para que puedan ir explorando el material. Primero la tocaremos y preguntaremos como es su tacto, si esta fría o caliente, si es dura o blanda... etc. Después de esto, la oleremos y preguntaremos si el olor nos recuerda a algo. A través del oído, escucharemos lo que se escucha al golpearla suavemente con la mesa.

Por último, la profesora les enseñará figuras hechas con arcilla para darles una idea de lo que pueden hacer.

Fase intermedia

Los niños comenzarán a modelar la arcilla. La maestra les proporcionará también los elementos de la naturaleza que se han usado en la tercera sesión para que, si quieren, puedan colocarla en su figura.

También podemos darles la posibilidad de que dividan la masa para así poder hacer más de una figura.

Fase final

Los niños mostrarán a los demás compañeros sus creaciones y compartiremos el proceso creativo que hemos seguido. Si han usado los otros materiales, les dirán que es lo que representan en su figura.

Por último las guardaremos de nuevo en nuestras cajas.

Sesión 7: nuestra silueta

Objetivos

- Trabajar la presencia y la huella del propio cuerpo
- Reconocer la huella de nuestro cuerpo
- Realizar una silueta con elementos de la naturaleza
- Mantener un pequeño contacto con la naturaleza
- Trabajar en grupo
- Enfocar con la cámara para obtener una foto de nuestra silueta.

Materiales

Piedras pequeñas, papel de tamaño grande, cámara fotográfica, lápiz y tijeras.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

Seguiremos el mismo proceso de todas las sesiones. Hablaremos en primer lugar de cómo nos sentimos hoy y después explicaremos lo que vamos a hacer durante la sesión. Agruparemos a los niños de dos en dos y en el caso de que ese día alguno de los niños no haya podido asistir al aula, será la profesora quien se ponga con alguno de los alumnos.

Fase intermedia

Un niño de cada pareja se tumbará en el papel blanco grande que estará en el suelo. Se colocará mirando hacia arriba en la postura que desee. El otro compañero, irá dibujando la silueta con piedras que tendrá preparadas la profesora. Cuando la silueta

esté completa, el niño se levantará con cuidado para no mover las piedras. Con ayuda de la profesora, el niño fotografiará su propia silueta para que después, la profesora la imprima y se la entregue a cada niño.

Después, se repetirá este mismo proceso con el otro compañero.

Una vez que las siluetas de los dos niños estén en el papel, comenzarán a repasarla con un lápiz siguiendo el camino que les marcan las piedras.

Por último, cada niño recortará su silueta.

Fase final

Como en las sesiones anteriores, comentaremos como ha ido la sesión. Cada niño dirá que es lo que le ha parecido más interesante durante el proceso creativo, más placentero realizar (marcar la silueta con las piedras, hacerlo con el lápiz, recortar la figura...etc). Después, intentaremos relacionar esta actividad con alguna de las obras de Ana Mendieta.

Sesión 8: nos dibujamos

Objetivos:

- Valorar la propia imagen
- Reconocer nuestro cuerpo
- Conocer el esquema corporal
- Favorecer conciencia corporal
- Fomentar la reflexión sobre uno mismo y las posibilidades de transformación
- Desarrollar la creatividad
- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos

Materiales

Silueta de nuestro cuerpo, pinturas, rotuladores, ceras, acuarelas, pintura de manos, pegamento, mural, etc.

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

Como en todas las sesiones, comenzaremos contando a los demás compañeros como nos sentimos y cosas que nos han pasado. A continuación, explicaremos lo que vamos a realizar durante la clase de hoy. La profesora tendrá todas las siluetas que han realizado durante la sesión anterior en el suelo y cada niño tendrá que coger la suya, con el objetivo de que identifique su cuerpo.

Fase intermedia

Los niños se colocarán en el suelo para tener más espacio y poder dibujar bien. La profesora dejará los materiales en el centro del aula para que vayan cogiendo los que crean adecuados.

Completarán su silueta por dentro dándoles total libertad para que dibujen lo que quieran y dándoles la posibilidad de que usen diferentes materiales. Cuando terminen de dibujarse, los iremos pegando en un mural grande en el que estarán todos juntos.

Fase final

Recogeremos todos los materiales y comentaremos la sesión. Veremos uno por uno las siluetas de los compañeros. Cada niño explicará cómo ha conseguido realizar el dibujo y cómo se han sentido durante el proceso creativo. Además, dirán porque han decidido pintar lo que cada niño haya plasmado.

Sesión 9: dibujamos un paisaje

Objetivos:

- Realizar un paisaje con diferentes materiales
- Relacionarse con la naturaleza
- Respetar el espacio de los demás

- Compartir un mismo espacio con los compañeros
- Desarrollar la creatividad
- Expresar de forma libre y creativa sus emociones y sentimientos
- Fotografiar nuestra creación

Materiales

Panel grande, silueta, plastilina, pegamento, elementos de la naturaleza (hojas, arena, piedras, palos, conchas... etc) y materiales gráficos (pinturas blandas, rotuladores, ceras, pintura de manos... etc)

Desarrollo de la sesión

Fase inicial

Seguiremos el mismo orden de las sesiones anteriores, empezando por hablar de cómo nos sentimos hoy y de las cosas que nos han podido suceder. Al igual que el resto de los días, continuaremos explicando lo que vamos a hacer durante el desarrollo de la sesión. La profesora explicará que cada uno de ellos tiene que hacer un paisaje o un lugar detrás de la silueta que tenemos colocada en el mural.

También les enseñara todos los materiales que pueden usar.

Fase intermedia

Con el mural colocado en el suelo, los niños comenzaran a dibujar su paisaje detrás de su silueta. Una vez terminado, cada niño hará una fotografía a su silueta.

Fase final

Comentaremos en grupo el paisaje que ha hecho cada niño, los materiales que ha utilizado, porque ha elegido ese paisaje, que le gusta hacer en él y todo lo que vayan aportando los niños.

Sesión 10: nos despedimos

Objetivos:

- Revisar lo logrado
- Tomar decisiones en cuanto a qué hacer con nuestros trabajos
- Decidir cuál de las sesiones nos ha gustado mas
- Exponer el trabajo en el hospital

Desarrollo de la sesión

Si el personal del centro hospitalario está de acuerdo y nos da la autorización, pondremos entre todos el trabajo realizado durante las sesiones anteriores en el pasillo de nuestra planta.

Una vez dentro del aula, cada niño cogerá su caja y revisaremos todo lo que hemos hecho durante la intervención. Volveremos a mirar los trabajos y cada niño dirá que sesión le ha gustado más y porque, además de decidir con que trabajo se ha sentido más satisfecho.

Por último, decidiremos qué hacer con ellos. Si desean llevárselos, si quieren poner alguno de ellos en la pared del aula, si se lo quieren regalar a algún compañero, etc.

Evaluación

La evaluación que se llevará a cabo será una evaluación continua, mediante la cual se valorará todo el proceso que han seguido los alumnos durante el desarrollo de las sesiones, y no se tendrá tanto en cuenta el resultado final de cada una de ellas.

El objetivo de esta intervención es que los niños se evadan por un momento de lo que supone esta enfermedad y estar ingresado en un hospital, por lo que si este objetivo se ha conseguido durante todas las sesiones, la evaluación será muy positiva.

Como método de evaluación, se utilizará una observación diaria de las actitudes y conocimientos que los alumnos ponen en práctica durante cada sesión.

Para facilitar esta observación, se ha realizado un rubrica de evaluación en la que aparecen algunos de los criterios a tener en cuenta. No se va a valorar el trabajo con una calificación numérica, sino que la profesora anotara si se ha conseguido o no y algunas observaciones que crea necesarias.

Se han extraído algunos de los estándares de aprendizaje evaluables citados en la LOMCE para el tercer curso de Educación Artística, además se han añadido algunos de creación propia que he considerado convenientes para realizar la evaluación.

	SI	NO	Observaciones
Expresa sentimientos y emociones a través de sus obras			
Comunica de manera correcta el proceso creativo que ha seguido			
Observa los materiales y elementos usados en otras obras			
Se inicia en la realización de fotografías utilizando medios tecnológicos			
Dibuja la figura humana respetando proporciones			
Respeto su imagen y la de los demás			
Muestra respeto hacia los elementos de la naturaleza			
Explora las posibilidades de cada material			
Conoce las cualidades de materiales diversos			
Experimenta con los colores y sus variaciones y combinaciones			
Utiliza técnicas sencillas del dibujo para sus creaciones utilizando los materiales de manera			

adecuada, cuidando el material y el espacio de uso			
Conoce y aplica las posibilidades expresivas del color, en diferentes soportes y con distintos materiales			
Elabora carteles con diversas informaciones considerando los conceptos de tamaño y proporción			
Organiza el espacio de sus producciones			
Realiza pequeñas producciones en grupo respetando y valorando el trabajo de los demás			
Confecciona obras tridimensionales sencillas			

CONCLUSIONES

Tras haber realizado el Trabajo de Fin de Grado, he podido llegar a la conclusión de que la educación en oncología pediátrica es un tema sobre el que hay muy poca información. Por eso creo que es un ámbito poco trabajado actualmente dentro de los hospitales. Aunque cada vez en más se trabaja con este tipo de alumnos, pienso que aún queda mucho por hacer.

Creo que en todos los hospitales en los que se encuentran niños ingresados, debería de haber un espacio reservado para ellos, en los que puedan pasar un tiempo evadiéndose de la enfermedad y de los efectos de esta. Además, pienso que antes de comenzar a trabajar con aspectos curriculares dentro del hospital, se deberían de tratar los aspectos emocionales que presentan los niños hospitalizados.

Por mis experiencias personales con esta enfermedad, he podido observar que hay una gran falta de sensibilización por parte de algunos profesionales de la salud en cuanto a la comunicación del diagnóstico, tratamiento... etc, tanto a niños como a adultos y a familiares. Creo que es un tema bastante complicado y que lo deberían de tratar con más delicadeza ya que tanto como para el paciente como para la familia, la comunicación de la enfermedad es un gran shock.

También pienso que el tema de la educación en los hospitales se debería de trabajar durante nuestra formación como maestros, ya que durante los cuatro años de docencia no hemos visto ningún aspecto relacionado con esto y para mi, creo que es muy interesante y nos puede abrir nuevas puertas.

Por último, tras haber investigado sobre el arteterapia, pienso que es un recurso muy valioso no solo para trabajar en oncología pediátrica y en niños con algún tipo de dificultad emocional, sino también para trabajar con niños en edad escolar dentro de los colegios, ya que les puede aportar muchos beneficios. También creo que muchos docentes carecen de información sobre ello y es un tema que tampoco hemos trabajado durante nuestra formación.

Por todo esto, pienso que aún queda mucho por hacer en relación a la educación de los niños ingresados en oncología pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. O. (2014). *Niños hospitalizados. Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles*. Lima : Version ebook 2015 .
- Álvarez, A. G. (2010). El derecho a la educación en las escuelas y aulas hospitalarias: hacia una mejora de la calidad educativa . *Revista de Derecho y Ciencias Sociales* , 248-267.
- American Art Therapy Association* . (2013). Recuperado el 13 de 11 de 2016, de American Art Therapy Association : www.arttherapy.org
- Asensio, M. G. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar a niños enfermos*. Madrid : Narcea, S. A Ediciones .
- Aulas Hospitalarias*. (2011). Recuperado el * de 2011, de Aulas Hospitalarias.
- Aulas Hospitalarias*. (2011). Recuperado el 8 de 9 de 2016, de Aulas Hospitalarias: www.aulashospitalarias.es
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación . *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* , 19-25 .
- Bonet, R. P. (2008). La oncología pediátrica ante el siglo XXI . *Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación* , 339-406.
- Brown Sánchez, N. J. (2016). Historia y aplicaciones del arteterapia. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. Recuperado de www.tauja.ujaen.es
- Carta Europea sobre los Derechos del Niño Hospitalizado. Resolución del Parlamento Europeo. DOCE 13 de mayo de 1986
- Casanovas, T. C., Nieto Hernández, C., Perez Mauri, Y., Fraj García, M. d., Marta, L. d., Burillo García, C., y otros. (2006). La educación en los niños con cáncer. *Aspanoa* .

- Collete, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología* , 81-99.
- Delgado, M. G. (2004). La bondad del juego, pero... *Escuela abierta* , 153-182 .
- Durán, M. (s.f.). *Una introducción a la historia del arteterapia*. Recuperado el 9 de 11 de 2016, de www.alquercus.webcindario.com
- Durán, M. y Cseri, S. (2005). Arteterapia en la Educación Escolar. Congreso de Educación en las Artes Visuales. Celebrado en Terrasa 2005
- Escribano, C. C., Carboné Bañeres, A., Sevillano Cintora, G., & Celma Juste, J. A. (2006). Los problemas de la enfermedad oncológica infantil. *Aspanoa. Guía para padres* .
- Fernández, B. L. (2012). *El juego infantil y su metodología* . Madrid: Cep S.L .
- Fernandez, M. L. (2013). *Breve historia del arteterapia*. Recuperado el 12 de 11 de 2016, de Breve historia del arteterapia: www.extension.uned.es
- Fonseca, M. S. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía* , 447-468 .
- Foro iberoamericano de arteterapia*. (s.f.). Recuperado el 14 de 11 de 2016, de Foro iberoamericano de arteterapia: www.arteterapia.org.es
- Juste, J. A. (2009). Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer. *Comisión de psicología de la federación española de padres de niños con cáncer* , 1-129.
- Ibáñez Zamora, R. (2012) *Arteterapia y terapia de juego centradas en el niño. Una simbiosis destinada al éxito*. Congreso Internacional de Intervención Psicosocial, arte social y arteterapia. Celebrado en Murcia el 28 de noviembre – 1 de diciembre 2012
- Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos. BOE 1982
- Lic. Lorenzo, L. (2012). Arteterapia como Recurso de Abordaje en Psicooncología Pediátrica. Un caso de Leucemia Linfoblástica Aguda. Trabajo Integrativo Final. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires. Recuperado de www.server1.docfoc.com

- Martínez, N. (2009). *El arte como conocimiento. Restablecer el vínculo con la naturaleza*. Ana Mendieta. Eneida
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revistas de Psicopatología y Psicología Clínica* , 33-52.
- Méndez, X., Orgiles, M., López Roig, S., & Espada, J. P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología* , 139-154.
- Minerva Torres, C. y Torres Perdomo, M.(2007). *El juego como estrategia de aprendizaje en el aula*. Centro de Investigación para el desarrollo integral. Universidad de los Andes. Recuperado de www.saber.ula.ve
- Muñoz Garrido, V. (2013). *Pedagogía hospitalaria y resiliencia*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de www.eprints.ucm.es
- Orden 25 de junio 2001, del Departamento de educación y ciencia, por la que se establecen medidas de intervención educativa para los alumnos con necesidades educativas especiales que se encuentren en situaciones personales sociales o culturales desfavorecidas. Aragón BOA
- Palacio, L. M., Castañeda Goetz, D. M., Henao Zapata, C. M., Jaramillo Posada, C. J., Londoño Retrepo, M. M., Patiño Gardia, N. E., y otros. (2004). *Fundamentación teórica práctica de la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado*. Antioquia : Facultad de Educación .
- Pinto, S. y Trinidad, M. (2006). La utilización del arte terapia en el acompañamiento de pacientes con cáncer. Tesis de postgrado. Universidad de Chile. Recuperado de www.repositorio.uchile.cl
- Puleo R. Elda M. (2012). Las Artes Plásticas como alternativa terapéutica en niños con cáncer. Congreso internacional de intervención psicosocial. Celebrado en Murcia 28 noviembre -1 diciembre 2012
- Real Decreto 334/1985 del 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. BOE 1985

- Registro Nacional de Tumores Infantiles* . (s.f.). Recuperado el 25 de 8 de 2016, de Registro Nacional de Tumores Infantiles : www.uv.es/rnti
- Reisin, A. (s.f.). *Alejandro Reisin*. Recuperado el 15 de 11 de 2016, de Alejandro Reisin: www.alejandroreisin.com.ar
- Romero, K., & Alonso, L. (2007). Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del hospital universitario de los Andes. *Revista de pedagogía* , 407-441 .
- Rubiales, M. V., García Ortega, M. P., & Venegas Rubiales, A. M. (2010). *El juego infantil y su metodología* . Málaga: Ic Editorial.
- Rubio, C. G. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia . *Educación, Desarrollo y Diversidad* , 87-106.
- Rumeu, O. L. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Pamplona: Eunate.
- Rumeu, O. L. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: el derecho a la educación. Logros y perspectiva. *Estudios sobre Educación* , 189-201.
- Salcedo, C. M., & Chaskel, R. (2009). Impacto Psicosocial del cáncer en niños y adolescentes. *Sociedad Colombiana de Pediatría* , 5-18.
- Salud Terapia*. (s.f.). Recuperado el 11 de 11 de 2016, de Salud Terapia: www.saludterapia.com/glosario/d/6-arteterapia.html#ixzz4Pig15L72
- Serrano Morales, P. (2006). *El arte terapia como herramienta de prevención de burnout en profesionales de salud*. Monografía para optar a la Especialización en Arte Terapia del Postítulo en Terapias de Arte. Universidad de Chile. Facultad de Artes. Recuperado de www.tesis.uchile.cl Universidad de Chile.
- Simancas, J. G., & Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria*. Madrid : Narcea.

Spinetta, P. D., Spinetta, J. J., Kung, F. H., & Schwartz, D. B. (2000). Aspectos emocionales del cáncer en niños y adolescentes. Manual para padres. *Fundación Natali Dafne Flexer*, 1-48.

ANEXO 1

Obras de Ana Mendieta



Ana Mendieta



Serie silueta de cohetes



Sin título, sangre y plumas 1974



Silueta series



Silueta series



Sin título 1985



Sin título, de la serie el árbol de la vida. 1977



Sin título 1982

