

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO LÚDICO COOPERATIVO EN EL AULA HOSPITALARIA.

(Intervention proposal from the Playful Cooperative Model in the hospital classroom.)

Del Toro Alonso, Víctor

(Universidad de Complutense de Madrid)

Jiménez Astudillo, Mónica

(Universidad Internacional de la Rioja, UNIR)

Ruiz Rodríguez, José María

(Doctorando Universidad Nacional de Educación a Distancia)

ISSN: 1889-4208

e-ISSN: 1989-4643

Fecha recepción: 17/07/2019

Fecha aceptación: 30/11/2020

Resumen

El juego es una buena herramienta para potenciar el aprendizaje en el aula hospitalaria. Permite estimular todas las áreas del desarrollo del niño. Es una actividad que permite estimular todas las áreas del niño, puesto que atiende, de manera holística a su desarrollo, formando parte de él. Le acompaña a lo largo de toda la vida, siendo una actividad vital.

El aula hospitalaria es un recurso del sistema educativo para atender a la diversidad de aquellos alumnos que durante un periodo de su escolarización afrontan una enfermedad. El aula se propone como elemento normalizador del desarrollo del niño. Por ello, a lo largo de este artículo, se presenta el Modelo Lúdico-Cooperativo de intervención, como una herramienta que proporciona al niño recreación, diversión y aprendizaje para que este olvide su enfermedad. Posteriormente, se incluye además de la fundamentación y justificación de utilizar un modelo lúdico en el aula hospitalaria, ; una propuesta de intervención

Como citar este artículo:

Del Toro Alonso, V., Jiménez Astudillo, M., y Ruiz Domínguez, J.M., (2021). Propuesta de intervención desde el modelo lúdico cooperativo en el aula hospitalaria. *Revista de Educación Inclusiva, Monográfico, Aulas Hospitalarias*, 44-58.



con una serie de actividades de tipo lúdico cooperativo que fortalecen la cohesión del grupo, el trabajo en equipo, la creatividad, la comunicación y la socialización.

Palabras Clave: Atención a la Diversidad, Aula hospitalaria, Juego, Modelo lúdico-cooperativo.

Abstract

The game is a good tool to enhance learning in the hospital classroom. It stimulates all areas of child development. It is an activity that is part of the child. It accompanies you throughout life, being a vital activity.

The hospital classroom is a resource of the educational system which meets the diversity requirements of those students who, during a period of their schooling, face a disease. The classroom is proposed as a normalizing element of the child's development. For this reason, throughout this article, the Ludic-Cooperative Model of intervention is presented as a tool that provides the child with recreation, fun and learning so that the child can forget their illness.

Subsequently, it also includes the rationale and justification for using a playful model in the hospital classroom, a proposal for intervention with a series of cooperative play activities that strengthen group cohesion, teamwork, creativity, communication and socialization.

Keywords: Attention to diversity, Game, Hospital classroom, Ludic-cooperative model.

1. Introducción

La inclusión de las denominadas pedagogías activas en el aula es una realidad de nuestro sistema educativo. El juego es una herramienta fundamental para consolidar el proceso de enseñanza- aprendizaje del alumno y facilita, a su vez, la intervención en aquellos niños/as que presentan o pueden presentar necesidades educativas especiales.

La escuela actual, entendida como escuela inclusiva, plantea que todas las personas tienen derecho a sentirse como miembros de su comunidad, independientemente de sus condiciones o características (Muñoz Garrido, 2013).

El aula hospitalaria, es un recurso dentro del sistema educativo que permite dar una respuesta a aquellos alumnos que por un periodo de su vida presentan una enfermedad que les impide desarrollar sus estudios de forma normalizada. Por ello, las aulas hospitalarias acercan el currículum a estos niños/as atendiendo al principio de normalización, inclusión, igualdad efectiva y no discriminación detallado en el art. 74.1 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, LOE, ratificado por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE.

El niño enfermo necesita herramientas para hacer frente a su enfermedad desde la normalidad. Una de las formas más idóneas de motivarle, es el juego. Proponiendo espacios lúdicos de motivación ante el aprendizaje, el niño puede adquirir progresos en las áreas más significativas del currículum ordinario. Transversalmente, realiza agrupaciones de niños con características similares, que por su condición de enfermedad, están alejados del sistema educativo. Con ellos, se trabajará de manera cooperativa, asegurando el progreso académico y dotándoles de estrategias para superar y afrontar el proceso de hospitalización.

Por lo tanto, el Modelo Lúdico Cooperativo de intervención (MLCI) tiene por objeto, en este caso, proponer al alumno con enfermedad un formato

atractivo y motivante, que le ayude a acceder al aprendizaje mientras dura su hospitalización y está convaleciente.

La finalidad de este artículo es generar una guía de trabajo para poder incluir el juego dentro de la metodología diaria en el aula hospitalaria, que permita que los alumnos puedan acceder a los distintos aprendizajes de forma motivadora y que suponga para ellos una herramienta para afrontar de mejor manera el dolor, la inestabilidad sobre su salud y las dificultades que implican padecer una enfermedad.

Por todo ello, esta propuesta comienza explicando qué es el aula hospitalaria, para posteriormente introducirnos en desarrollar el Modelo Lúdico-Cooperativo de Intervención (MLCI) para poder aplicarlo en las unidades educativas de los hospitales.

2. Fundamentación teórica:

2.1 El aula hospitalaria un contexto de aprendizaje.

El aula hospitalaria es un recurso pedagógico enmarcado dentro de la atención a la diversidad que posibilita favorecer una continuidad en el proceso educativo en momentos en los que el menor se encuentra hospitalizado. Dependiendo de la hospitalización, el niño se encontrará en el hospital con una estancia corta (menor a 15 días), media (entre 15 días y un mes) o larga (por encima del mes de hospitalización).

De acuerdo con Muñoz Garrido (2013) la pedagogía hospitalaria tiene que estar relacionada con el concepto de salud y con la vida, teniendo en cuenta los contenidos que en ella se deben dar, pero que van más allá de estos. Coincidimos con la autora en cuanto a que,

la pedagogía hospitalaria es pedagogía porque constituye el conjunto de medios puestos en acción para servir la función educativa y es hospitalaria ya que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario o en ámbitos relacionados con él, consultas, centros educativos terapéuticos-hospitales de día, atención domiciliaria (Muñoz Garrido, 2013, p. 102).

La atención a la diversidad del alumnado, cambia totalmente de perspectiva con la aparición del Informe Warnock (1978). En él se expone, por primera vez, el concepto de necesidades educativas especiales, no desde el punto de vista del modelo de déficit, sino enmarcado desde una idea puramente escolar, en la que todos los alumnos presentan necesidades. Este informe resalta que la educación debe ser igual para todos, identifica el concepto de necesidades educativas especiales como un continuo y expone que estas necesidades no surgen del alumno, sino del entorno.

Según la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), asumida en estos puntos por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) en el Título II, capítulo 1, artículo 71.2, se entiende por alumno con necesidad específica de apoyo educativo, *acneae*, como aquellos alumnos que presentan necesidades educativas especiales, integración tardía en el sistema educativo español y alta capacidad intelectual. De igual forma, la LOMCE incluye en la sección cuarta en el artículo 79 bis, que es la administración educativa quien deba adoptar las medidas necesarias para identificar al alumno con dificultades específicas de aprendizaje y valorar de forma temprana sus necesidades, siendo su escolarización ordinaria.

Desde el artículo 73 de la LOE/LOMCE, se define alumnos con necesidades educativas especiales como “aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta” (LOE, 2006, p. 54).

En el aula hospitalaria se atienden a alumnos que presentan necesidades educativas especiales ligadas a la presentación de una enfermedad. Por ello, precisan de una serie de atenciones específicas durante el momento de su hospitalización e incluso durante el tiempo en el que su enfermedad física altere el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno.

Las necesidades educativas especiales de un niño hospitalizado, se relacionan con múltiples factores. En primer lugar, su enfermedad no solo trastoca su desarrollo físico, sino también afecta a su estado emocional, mental y a su perspectiva de vida. Por otro lado, hay que tener en cuenta aspectos como son: el tipo de enfermedad, el periodo de hospitalización, su edad y evolución psicológica, y su situación familiar y social (Ariza, 2014).

Todos estos factores, nos permiten situar al alumno atendiendo a necesidades educativas relacionadas con el tipo de enfermedad. De esta forma, podemos encontrar alumnos crónicos, que son aquellos niños/as que, por su enfermedad, deben estar hospitalizados periodos largos de tiempo relacionado por la espera en un diagnóstico o el tratamiento prolongado de su enfermedad; y alumnos agudos, que son aquellos niño/as que van a estar hospitalizados un periodo muy breve de tiempo, normalmente inferior a una semana. Claramente, la atención educativa difiere en cada uno de estos casos, estableciéndose mayores necesidades tanto en el plano físico, mental, emocional y social en aquellos alumnos que por su enfermedad y contexto vulnerable precisan de largas estancias en el hospital.

Debemos partir de la idea que la enfermedad genera un impacto en la personalidad del niño que le puede provocar dificultades en su desarrollo (Lizasoán, 2007; Grau, 2004; Gaite, Cantero, González Lamuñoy García Fuentes, 2005). Independientemente de su duración, provoca un parón o estancamiento en el día a día del niño. Modifica su plan de vida y el de su familia (Barlow & Ellard, 2006; Houtzager, Grootenhuis & Hoekstra-Weebers, 2006). Todo ello, supone situar al niño en una situación de vulnerabilidad presentando mayor probabilidad de generar depresiones, alteraciones conductuales, dificultades de atención, ansiedad o miedos, entre otros. (Lizasoán y Ochoa, 2003).

Esta situación de vulnerabilidad del niño y de la familia requiere una respuesta ajustada a sus necesidades con el propósito de acercarles a una mayor normalización. Por ello, el aula hospitalaria debe ser un lugar especial donde poder pasar del tiempo de forma lúdica para olvidar su enfermedad (Ariza, 2014). Un lugar donde el niño encuentre estrategias para afrontar su enfermedad aprendiendo y jugando.

La respuesta educativa en estas aulas hospitalarias se sustenta desde el *Real Decreto 696/ 1995 de 28 de abril, de ordenación de los alumnos con necesidades educativas especiales*, en su artículo 3.6., donde se expone que el Ministerio de Educación y Cultura promoverá la creación de servicios educativos, de la etapa de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, en los centros hospitalarios y de rehabilitación (Real D 696, 1995). Por otro lado, en el *Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de acciones dirigidas a la*

compensación de desigualdades en educación, en el artículo 19.1., se expone que el Ministerio de Educación y Cultura creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos, que mantengan un número de niños hospitalizados regularmente en Educación Primaria (RD 299, 1996) y en la *Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las acciones de compensación educativa*, donde se regula la continuidad del proceso educativo de los alumnos hospitalizados (O 2316, 1999). Siendo más específicos, en las *Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid de 9 de diciembre de 2010*, se exponen como objetivos: proporcionar la atención educativa a los alumnos hospitalizados para asegurar se continuidad educativa; establecer los cauces de coordinación entre los distintos profesionales; favorecer la comunicación entre los alumnos y sus centros de referencia, fomentar la utilización del tiempo libre en el hospital; y, finalmente, facilitar la incorporación de los alumnos enfermos a su centro escolar de referencia.

De acuerdo con Lizasoáin (2000), la pedagogía hospitalaria puede dividirse en diferentes grupos o áreas de intervención, dentro de los cuales incluimos: la enseñanza escolar, las actividades lúdico-recreativas, la orientación personal y escolar y las estrategias específicas de intervención. En base a estas propuestas, la respuesta educativa en el aula hospitalaria debe atender no solo el conjunto de saberes y la adquisición de competencias, sino también aquellos aspectos relacionados con la orientación al alumno y a la familia, la gestión de su ocio y tiempo libre, la atención de sus afectos y emociones, además del respeto a su desarrollo. En todos ellos, el juego debe contemplarse como una herramienta fundamental para aumentar su motivación por el aprendizaje, con el propósito de no olvidar su normalidad, para hacer más llevadera su estancia en el hospital y para potenciar la resiliencia del alumno persiguiendo el objeto de luchar contra su enfermedad. La actividad lúdica puede convertirse, por tanto, en una herramienta que facilite la normalización en tiempos difíciles.

2.2. El Modelo Lúdico - Cooperativo de Intervención (MLCI).

Este modelo parte de la idea que el juego es una herramienta ideal para estimular el aprendizaje en la etapa escolar. Podemos concebir el juego, como una actividad motivadora, creadora, placentera, libre e innata que le ayuda al niño a desarrollarse a lo largo de toda la vida. De igual forma, es una herramienta infantil que no solo se relaciona con el ocio, sino con el aprendizaje, ya que tiene relación con todo aquello que no es juego (Garaigordobil, 1990). Esto supone que esta actividad, genera beneficios en todos los ámbitos del desarrollo del niño. Principalmente, estimula el pensamiento, en concreto, los procesos psicológicos básicos y superiores (Bruner, 2007; Garaigordobil, 1990; Piaget, 1979; Vygotsky, 1979; Wallon, 1980). Además, estimula el desarrollo psicomotor, comunicativo-lingüístico y afectivo- social (Garaigordobil, 1990), potencia la cooperación entre iguales (Garaigordobil y Fagoaga, 2006) y impulsa la creatividad porque no está sujeto a reglas de la realidad y está libre de presiones sociales (Bruner, 2007).

Partiendo de las características de la actividad lúdica, rescatamos, que el juego potencia la autoexpresión, la reafirmación de la personalidad del niño, el desarrollo del simbolismo y el control emocional (Garaigordobil, 1990).

En el aula hospitalaria, el juego tiene un objetivo fundamental, que es generar actividades de tipo lúdico-recreativo (Lizasoáin, 2000), para que el alumno pueda olvidar su enfermedad (Ariza, 2014) y de esta forma, afrontarla de mejor manera.

Por otra parte, la actividad lúdica, aparece en el desarrollo atendiendo a las necesidades del niño en cada etapa. En los primeros momentos del ciclo vital, la importancia del juego sensoriomotor y el juego de imitación para el desarrollo, es fundamental. El niño/a construye su propio cuerpo y comienza a conocer las funciones de los objetos y de las otras personas. En todo este proceso, se fija en los demás para incluir nuevas acciones en su repertorio. Todo ello, ayuda a comprender y manejar símbolos, en lo que se conoce como el juego simbólico. De tal forma que, el acceso al mundo simbólico depende de las experiencias sensoriales, motoras y funcionales a lo largo de los primeros cuatro años de vida.

Posteriormente al dominio de la capacidad simbólica, el niño se introduce en el mundo del manejo de reglas simples, que va a ir complejizándose en función de la edad. El juego de reglas se caracteriza por la introducción en la actividad lúdica de las normas sociales y las estructuras grupales (Garaigordobil y Fagoaga, 2006). Aparece en torno a los 5 o 6 años, pero se maneja principalmente a partir de los 7 hasta los 12 años. Durante este tiempo, que corresponde a la etapa Educación Primaria, el juego es un elemento de socialización (Varela y Rodríguez, 2014).

Entendiendo qué puede ofrecer el juego al desarrollo del niño, debemos componer el modelo lúdico-cooperativo de intervención (MLCI) que parte de entender el juego como base de aprendizaje en el niño. De acuerdo con Bruner (2007) la actividad lúdica debe ser libre ya que si se le introducen normas externas que lo limiten, pierde su función.

Este modelo parte de la premisa que es necesario incluir el juego como herramienta de aprendizaje en la escuela, respetando el principio de activación en el niño. Esto supone que el niño debe ser protagonista de su propio aprendizaje. No se trata, por lo tanto, de incluir el juego en determinados momentos como el patio o Educación Física, sino que el aprendizaje escolar tenga en sí un carácter lúdico (Garaigordobil, 1990).

El Modelo Lúdico- Cooperativo de Intervención se basa en las siguientes premisas:

- Parte de los principios de constructivismo (Bruner, 2007; Piaget, 1979; Vygotsky, 1979) y del modelo ecológico (Bronfrenbrenner, 1979).
- Debe basarse en una perspectiva interaccionista y cooperativa (Garaigordobil y Fagoaga, 2006).
- Incorpora la pedagogía del asombro como génesis de la actividad lúdica en el aula.
- Contempla como principio fundamental la activación del alumno.
- Se ampara en el "Learning by doing" o "aprender haciendo" (Dewey, 1938).
- El maestro debe ser el mediador y guía en la actividad lúdica.
- Debe ser programado y a la vez permitir la libertad en el juego.

Para que en un aula se trabaje en función del juego se deben respetar las siguientes fases:

- 1ª fase: Preparación de objetivos en función de las necesidades educativas de los alumnos.

- 2ª fase: Preparación del entorno de aprendizaje, utilización de materiales y espacios. Esto supone generar un entorno donde sea posible jugar y aprender con una actividad inicial que permita conectar al alumno.
- 3ª fase: Generar un banco de posibles actividades, libremente elegidas por el alumno.
- 4º fase: Reflexionar sobre lo aprendido. Intercambio de experiencias en grupo cooperativo.
- 5ª fase: Evaluación del desarrollo de la actividad.

3. Panorámica actual

En la actualidad, existen una gran cantidad de estudios (Angulo, 2009; Ariza, 2014; Guerrero, 2011; Hendon, & Bohon, 2008) que justifican la necesidad de intervenir de otra forma en el aula hospitalaria. Ya no se trata de abarcar el currículo centrándose únicamente en los contenidos o saberes, sino tratar otros aspectos del desarrollo humano que se pueden ver trastocados durante el proceso de la enfermedad.

Uno de los aspectos más importantes a trabajar es el desarrollo emocional. Existen bastantes evidencias de la necesidad de trabajar los aspectos relacionados con las consecuencias emocionales para ayudar al bienestar del niño (Hernández González, 2009; Hilliard & O'Neill, 2010; Livesley, 2005), tales como la pérdida de autoestima (Angulo, 2009), desmotivación (Lizasoáin, 2003) o pérdida de autocontrol (Grau y Ortiz, 2001; Polaino-Lorente, 1996; Serradas y Ortiz, 2001). La aparición de miedos, son manifestaciones muy comunes en el desarrollo del niño hospitalizado como no saber afrontar la nueva situación, la soledad, los efectos secundarios de los tratamientos o incluso el miedo a la muerte (Lizasoáin, 2000; Lizasoáin y Ochoa, 2003; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003). Por otra parte, encontramos la aparición de estrés y ansiedad (Grau y Ortiz, 2001; Lizasoáin, 2003; López, 2011; Ortiz, 2001) o la aparición de tristeza o depresión (Fernández y López, 2006; Lizasoáin, 2000). Todo ello influye en una peor calidad de vida del menor (González-Gil y Jenaro, 2007; Hernández González, 2009).

Atendiendo a estas evidencias, desde el aula hospitalaria se deben manejar intervenciones que normalicen el desarrollo del niño durante el proceso de hospitalización. Propuestas que contemplen el desarrollo de los aprendizajes del niño y le presente la posibilidad de disfrutar de su propio ocio y tiempo libre (Angulo, 2009). Un aumento o mejora en la toma de decisiones, favorece un aumento de autoestima y del sentido positivo de sí mismo en el niño (Coyne, 2006).

De igual forma, es necesario generar una cultura del humor (Muñoz Garrido, 2013), que permita al alumno normalizar su situación y crear estrategias para afrontar la enfermedad.

Desde esta propuesta el juego puede ser una herramienta ideal para potenciar el desarrollo del niño enfermo en situación de hospitalización y, por supuesto, dar una respuesta integral que no abandone el currículum pero que incorpore el tratamiento del desarrollo cognitivo, comunicativo, emocional y social. Son muchas las propuestas que avalan la utilización del juego en el aula hospitalaria como herramienta normalizadora e inclusiva, que permita al niño continuar con su vida, que le facilite el aprendizaje y le disminuya el estrés (Valdés y Flores, 1995), que le ayude a divertirse y le proporcione recreación (Serradas, 2011), que potencie la expresión (Martínez 2011), que le permita

aprender en base a estrategias cooperativas (Guerrero, 2011) y que se proponga como una estrategia terapéutica en el entorno hospitalario (Costa, 2000; Palomo, 1999).

Por lo tanto, podemos resaltar la importancia que tiene la actividad lúdica en el desarrollo del niño (Garaigordobil y Fagoaga, 2006) y sus beneficios en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales (Del Toro, 2015), y de forma concreta el aquellos niños en situación de hospitalización (Ariza, 2014), utilizando la música y el juego (Hendon & Bohon, 2008). Especial mención requiere la utilización de videojuegos y redes sociales en la continuidad social y escolar (Nisselle, Hanns, Green y Jones, 2011).

4. Una propuesta de intervención lúdico-cooperativa en el aula hospitalaria.

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este trabajo, el juego es una herramienta ideal para potenciar el aprendizaje de los alumnos en las distintas edades. Por otra parte, también se ha remarcado el papel rehabilitador (Bruner, 2007) y normalizador del juego (Ariza, 2014). Un niño necesita jugar. El juego modela su sistema nervioso y le ofrece una gran cantidad de posibilidades para prepararse para la vida adulta. En este sentido hablamos de aprendizaje a través de una actividad libremente elegida (Bruner, 2007). Cuando el niño realiza algo por imperativo, pierde toda la motivación, el placer y las posibilidades de aprendizaje. De igual forma, el juego ofrece una gran cantidad de posibilidades de desarrollar el ámbito afectivo- emocional y social (Garaigordobil y Fagoaga, 2006). Sabemos que este desarrollo, se bloquea en la mayoría de las situaciones en las que un menor afronta una enfermedad (Hernández González, 2009; Hilliard & O'Neill, 2010; Livesley, 2005).

Teniendo en cuenta estas características, el Modelo Lúdico-Cooperativo de Intervención, representa una filosofía de trabajo que se ampara en el constructivismo, el modelo ecológico - transaccional, el aprender haciendo y las propuestas cooperativas, con el propósito que el alumno pueda aprender jugando y afrontar su enfermedad de mejor forma posible.

La *primera de las fases*, relacionada con la preparación de objetivos educativos, requiere conocer las necesidades de los alumnos y diseñar una propuesta curricular que impulse el desarrollo del niño/a. Para ello, es necesario proponer una serie de criterios que permitan seleccionar los objetivos adecuados, tales como:

- Perseguir en todo momento el principio de normalización.
- Utilizar entornos lo menos restrictivos posibles.
- Partir de medidas ordinarias de atención a la diversidad.
- Potenciar el aprendizaje en grupo y la acción comunicativa.
- Favorecer los aprendizajes funcionales.
- Desarrollar la autonomía personal.
- Realizarlo en base al placer, al disfrute y a la motivación por aprender.

En la *segunda de las fases*, el maestro debe preparar el entorno de aprendizaje y los recursos utilizados. En la mayoría de las ocasiones, el éxito de la actividad depende de un entorno rico en posibilidades, flexible y en el que los niños puedan cooperar y proponer. Para ello, es necesario crear distintas zonas de juego donde todos los alumnos del aula puedan participar en las actividades. Existirá una zona dedicada a la explicación inicial de la actividad lúdica, un espacio en el que se pueda realizar los juegos propuestos y otra zona para poder trabajar en común la reflexión final. Se utilizarán todo tipo de recursos materiales

y tecnológicos para desarrollar los juegos. Estos estarán adaptados a las necesidades de cada niño.

En esta fase es especialmente reseñable, la presentación de una actividad inicial motivadora que ayude a conectar al niño con el aprendizaje propuesto. En esta presentación debe quedar claro el objetivo propuesto y una serie de pasos u opciones que permitan que el alumno pueda realizar la actividad de forma libre y elegida.

Durante *la tercera fase*, el maestro debe proponer una serie de actividades, elegidas por los alumnos en la que se incluya el componente cooperativo, interactivo, comunicativo, creativo y que permita el disfrute. Desde esta perspectiva encontramos distintos tipos de juegos:

- *Juegos de imitación grupal*: se proponen para alumnos en etapa Infantil o en el primer curso de Educación Primaria. Uno de los alumnos es el responsable de guiar la actividad de imitación. Durante el juego, el alumno realizará movimientos y el resto tienen que imitar lo que está haciendo. Todas estas acciones a imitar, pueden relacionarse con un tema determinado como pueden ser los animales, oficios, deportes, etc.
- *Juegos de placer perceptivo-corporal*: se trata de juegos en los que se trabajan los sentidos y el propio cuerpo en movimiento. Dentro de este grupo, encontramos actividades lúdicas que permiten desarrollar los aspectos propioceptivos y táctiles, tales como talleres con materiales que proporcionen sensaciones diferentes y experiencias con el propio cuerpo como se produce con los masajes.

Dentro de estos juegos podemos incluir talleres o experiencias con todo tipo de materiales atractivos al tacto, pintura de dedos, mantas de diferentes texturas, distintos tipos de alimentos, etc.

- *Juegos comunicativos* como el “veo, veo”, “dime, ¿cómo te sientes?”, dibujamos con palabras, el teléfono escacharrado o el buzón del aula.

En el “veo, veo”, juego al que se puede jugar a partir de los 4 años de edad, se persigue desarrollar la capacidad de observación del entorno por parte del niño. Además de trabajar atención sostenida y selectiva, proporciona un intercambio comunicativo entre los participantes en relación con el objeto buscado. En el juego, uno de los niños piensa en un objeto que esté a la vista del resto de participantes. En ese momento, se establece una conversación entre él y el resto de participantes en el que se emplea la siguiente fórmula: pregunta / respuesta: “veo, veo” / “¿qué ves?”; “una cosita” / “¿qué cosita es?”; “empieza por la...”. A partir de este momento los participantes tienen que adivinar la palabra propuesta.

En el juego “dime, ¿cómo te sientes?” es una actividad diseñada para dar voz a todos los niños del aula y poder hablar de cómo se sienten con sus compañeros. Esta actividad debe estar guiada por el maestro y se realizará a través de una cadena de preguntas y respuestas entre todos. La pregunta es siempre la misma: ¿cómo te sientes? La respuesta solo puede ser una palabra que represente cómo te sientes. Esta palabra puede ser una emoción, un color, un objeto o una característica. En base a esta respuesta, los alumnos, una vez acabado la cadena de preguntas y respuestas tienen que reflexionar sobre lo que necesita cada uno en función con la respuesta dada.

El juego “dibujamos con palabras”, se potencia las competencias lingüísticas fomentando la imaginación y la comunicación entre iguales.

Los alumnos tienen que describir una persona, animal, situación u objeto que ha sido pactada anteriormente por el grupo. Existe un alumno que va a ser el encargado de dibujar en un lienzo, pizarra o papel continuo lo que el resto de compañeros describen.

En el “*teléfono escacharrado*”, uno de los alumnos inicia el juego diciendo una frase al oído del compañero. Realizando una cadena de comunicación, el mensaje tiene que llegar al último participante. El juego termina cuando se compara el mensaje propuesto con el mensaje recibido por el último participante.

El “*buzón del aula*” es una actividad en la que los alumnos tienen que escribir un texto a un compañero sobre un tema propuesto por el maestro. Este planificará la actividad para que todos los alumnos tengan a quien escribir y reciban alguna carta. La actividad termina cuando todos reciben su carta y tienen que adivinar quien se la ha escrito. Normalmente los temas elegidos se relacionan con la personalidad de cada integrante, sus gustos o pensamientos. Es una actividad que permite conocer al grupo y profundizar sobre determinados temas relacionados con su personalidad.

- *Juegos creativos* (Garaigordobil y Fagoaga, 2006): en el que se incluyen:

- a. *Juegos gráfico – figurativos*, como “dibujar una canción”, los dibujos cooperativos o cualquier tipo de collage.

“*Dibujar una canción*” es una actividad en la que un alumno tiene que elegir una canción y dibujarla en un lienzo, pizarra o papel continuo. El resto de alumnos tienen que ir haciendo preguntas que puedan acercarse al título de la canción. El alumno que dibuja, solo puede contestar con caliente o frío.

Los *dibujos cooperativos* es una actividad de dibujo libre en el que los alumnos tienen que crear una obra común en base a lo que se vaya proponiendo en el lienzo o papel donde se realiza.

El *Collage* es una actividad cooperativa donde los alumnos participan en un proyecto común. Esta técnica permite ensamblar diferentes elementos para formar un todo, utilizando fotografías, recortes de revistas, periódicos, comics, etc.

- b. *Juegos plástico – constructivos*, como crear un cuento en grupo, introducir nuevos personajes en una historia, jugar a “y si hubiera ocurrido”, historias cooperativas o la creación de instrumentos.

El objetivo de todas estas actividades lúdicas será el de construir propuestas, historias u objetos entre todos los miembros de la clase. Se utilizarán la construcción de textos en grupo, la descripción de personajes inventados en un libro o cuento que ya existe o la creación de nuevas historias, herramientas o instrumentos.

Es importante hacer especial mención al juego “y si hubiera ocurrido” una actividad lúdica muy interesante para trabajar la historia u otros aspectos de las ciencias sociales o naturales. Se trata de proponer una historia alternativa a la real y trabajar en función a esa idea alternativa.

- c. *Juegos de dramatización*, como el gestos, realizar funciones teatrales adecuadas a la edad, bailes en grupo o la representación de palabras con el cuerpo.

- d. *Juegos de creatividad verbal*, como describir el personaje de un cuento, búsqueda de sinónimos o jugar a “nombres de...”. En esta última actividad, se propone un tema relacionado con un campo semántico en el que los alumnos tienen que contestar todos los nombres que recuerdan dentro de este campo.
- *Juegos de cohesión grupal*: este tipo de juegos buscan afianzar la pertenencia a un grupo realizando un trabajo todos juntos. El proceso es compartido, de igual forma que el aprendizaje y el resultado expuesto. Podríamos considerar juegos de cohesión, actividades como: mural cooperativo, gymkanas a ciegas, crear cuentos o historias cooperativas o la búsqueda del tesoro en grupo, siempre teniendo en cuenta las características clínicas de los alumnos que acuden al aula hospitalaria.
 - *Juegos de mesa* como el ajedrez, las damas, el parchís, el Party, el pictionary o distintos juegos de cartas como el Uno, la Pocha, el Tute o el Mus.
 - *Videojuegos como MinecraftEDU* ya que permite jugar utilizando el espacio virtual con otras personas e incluso cooperar para resolver problemas.

Durante *la cuarta fase*, se pretende proporcionar de un espacio donde los alumnos y el profesor puedan reflexionar sobre lo que se ha trabajado lúdicamente. En este momento se incorporaran preguntas como: ¿Qué ha sido lo mejor y lo peor de la actividad? ¿Cómo os habéis sentido? ¿Qué aspectos os han sorprendido más? ¿Habéis tenido algún problema durante el juego? ¿Habéis necesitado la ayuda de vuestros compañeros?, etc.

Dentro de las actividades de tipo cooperativo que podemos incluir en la tarea de reflexión encontramos:

- *La descripción conjunta*: se trata de una actividad en la que todos los miembros del grupo tienen que describir como se ha desarrollado la actividad. Esta se realizará en la pizarra por un responsable asignado por el grupo que irá escribiendo lo que le proponga su grupo. Para ello, todos los miembros del grupo tienen que estar de acuerdo con la descripción propuesta.
- *Reflexión por pares*: es una actividad sencilla en la que dos miembros del grupo realizan un trabajo de reflexión y sacan unas conclusiones que más tarde expondrán al grupo.
- *El juego de las palabras* (Kagan, 1994): en este caso es el profesor quien escribe en la pizarra una palabra relacionada, en este caso, con la actividad realizada. Los alumnos propondrán ideas sobre esa palabra, terminando con una puesta en común sobre la actividad.
- *1-2-4* (Johnson & Johnson, 2000): en este caso se forman equipos de cuatro alumnos y el profesor propone una pregunta. Dentro del equipo, se forman dos grupos de dos alumnos cada uno que reflexionan sobre la pregunta y le dan una solución conjunta. Posteriormente, se expondrá en cada grupo de cuatro integrantes que tendrán que consensuar la misma respuesta.
- *Parejas de discusión* (Johnson & Johnson, 2000): en este caso, el maestro realiza a lo largo de la reflexión una serie de preguntas. Los alumnos se pueden reunir en parejas para compartir opiniones sobre las respuestas

posibles. Por último, el profesor pide la respuesta a algunas de las parejas.

- *El folio giratorio* (Kagan, 1994): es una técnica que persigue que todos los miembros de un grupo o equipo de trabajo realicen una aportación. Se suele realizar utilizando un folio que va rotando por todos los integrantes del grupo. De esta forma se resuelven problemas cooperativamente en el aula.
- *Cabezas juntas numeradas* (Kagan, 1994): esta técnica se utiliza para realizar ejercicios de síntesis en el aula. Para ello, se tienen que formar grupos de máximo cuatro alumnos. Cada alumno del grupo será numerado del 1 al 4. El maestro propone una pregunta a la que todos contestan individualmente. Posteriormente, dentro del grupo, se propone una respuesta común. Para concluir la actividad, el profesor elige un número y ese alumno tiene que contestar lo que ha pactado el grupo.

Delimitadas las cuatro primeras fases que incluye el modelo, nos vamos a centrar en la estructura de las sesiones. Desde el punto de vista del aula y una vez que el maestro ha diseñado la actividad contemplando objetivos, el espacio y las actividades, se organizará cada sesión con una actividad de presentación, en la que se expongan los objetivos a desarrollar y las normas a respetar durante la sesión. Realizada esta parte y elegidas las actividades lúdicas, se desarrollará la sesión partiendo del principio de activación, el modelo cooperativo y el juego libre.

Posteriormente, comenzará la actividad de reflexión en la que el alumno trata los aspectos más importantes de la sesión, donde incorporaremos actividades de tipo cooperativo donde el alumno pueda construir, en compañía de sus compañeros una idea final del juego.

Una vez terminada esta fase, se acabará la sesión realizando una breve evaluación de la actividad por parte del alumno.

Por último, en *la quinta fase*, se produce una evaluación de aprendizaje y del proceso de enseñanza. Para ello, contamos con todos los miembros del aula, realizando una autoevaluación por parte de los alumnos de su propio aprendizaje y una evaluación, por parte del maestro, del proceso de aprendizaje del alumno. Por otra parte, el profesional del aula debe evaluar la propuesta realizada. Será fundamental analizar aspectos como si los objetivos han estado ajustados a las necesidades de cada participante o si se han diseñado en base a los criterios propuestos. Por otro lado, se tendrá en cuenta si el espacio ha estado bien diseñado, incorporando aquellos aspectos que puedan haber faltado y, si las actividades utilizadas han permitido motivar al alumno y si este ha podido participar en ella de forma autónoma. En último lugar, se analizará el desarrollo de la actividad de reflexión, destacando si se ha podido llegar a puntos de encuentro o si se ha trabajado de forma cooperativa.

A modo de conclusión, es fundamental resaltar el papel del juego, con cuyas características inherentes modifica la percepción de la enfermedad para el niño y su familia, dotando a la enseñanza de sentido, fuera del centro educativo y normalizando su situación, en un entorno hostil, como es el complejo hospitalario.

5. Referencias Bibliográficas:

Angulo, P. (2009). *El juego infantil en las aulas hospitalarias. Propuestas de acciones lúdicas*. Granada: Copyplanet.

- Ariza, L.M. (2014). El aula hospitalaria: una pedagogía en positivo. *Revista de Educación y Futuro Digital*, 9, 54-59.
- Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child Care Health and Development*, 32 (1), 19-31.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiment and desings*. Harvard: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2007). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza Psicología.
- Costa, F. M. (2000). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Valencia: Nau Libres.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15,1, 61-71. DOI: 10.1111/j.1365- 2702.2005.01247.x
- Del Toro, V. (2015). *El juego en niños con necesidades educativas especiales*. Saarbrücken: EAE.
- Dewey, J (1938). *Experience and education*. New York: Collier.
- Fernández Castillo, A. y López Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés por hospitalización. *Internacional Journal Clinical Health Psychology*, 6 (3), 631-645.
- Gaite, L.; Cantero, P., González Lamuño, D. y García Fuentes, M. (2005). *Necesidades de los pacientes pediátricos con enfermedades raras y de sus familias en Cantabria*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Garaigordobil, M. (1990). *Juego y desarrollo infantil*. Madrid: Seco-Olea.
- Garaigordobil, M. y Fagoaga, J.M. (2006). *Juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros educativos: Evaluación de programas de intervención para educación infantil, primaria y secundaria*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa. CIDE. ISBN: 84-369-4247-7.
- Grau, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Aljibe: Málaga.
- Grau, C. y Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe.
- Guerrero, N. (2011). ¡Ciencia en acción! En M.V. Arrieta (Ed.). *Estrategias y abordajes específicos: Sugerencias didácticas para la intervención educativa en el hospital* (pp. 78-89). México: Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.
- González-Gil, F. & Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. *Educación y diversidad. Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, 1, 237-256.
- Hendon, C. & Bohon, L. M. (2008). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child Care, Health and Development*, 34, 2, 141-144. DOI:10.1111/j.1365-2214.2007.00746.x.
- Houtzager B.A., Grootenhuis MA. & Hoekstra-Weebers J. (2005). One month after diagnosis: quality of life, coping and previous functioning in siblings of children with cancer. *Child Care Health and Development*, 31(1), 75-87.
- Hernández González, E. (2009). La ansiedad infantil frente a la hospitalización y la cirugía. *Famiped. Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*, 2.

- Hilliard, C. y O'Neill, M. (2010). Nurses emotional experiences of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2907-2915.
- Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid de 9 de diciembre de 2010.
- Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (2000). Cooperative learning methods: A meta-analysis. Recuperado de <http://www.clcrc.com/pages/cl-methods.html>.
- Kagan, S. (1994). *Cooperative learning*. San Clemente, CA: Kagan Publications.
- Livesley, J. (2005). Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1, 43-50.
- Lizasoain, O. (2000). *Educando el niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Lizasoain, O. (2003). La Pedagogía en una sociedad de cambio. En O. Lizasoain y B. Ochoa (Eds.). *Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 19-38). Pamplona: Eunsa.
- Lizasoain, O. (2007). Hacia un modo conjunto de entender la Pedagogía Hospitalaria. En I Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela: La educación prioridad de vida (pp. 1-15).
- Lizasoain, O. y Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, 75-85.
- Ley orgánica de educación (LOE) (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo). Boletín oficial del Estado, nº 106, 2006, 4 mayo.
- Ley orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) (Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre). Boletín oficial del Estado, nº 295, 2013, 10 diciembre.
- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis Psicoevolutivo* (Tesis doctoral). Granada, Universidad de Granada.
- Martínez, M^a C. (2011). Arte y juego. En M.V. Arrieta (Ed.). *Estrategias y abordajes específicos: Sugerencias didácticas para la intervención educativa en el hospital* (pp. 9-22). México: Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.
- Muñoz Garrido, V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia* (Tesis doctoral). Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Nisselle, A., Hanns, S., Green, J. & Jones, T. (2011). Accessing flexible learning opportunities: children's and young people's use of laptops in a pediatric hospital. *Technology, Pedagogy and Education*, 21, 1, pp. 3-20.
- Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las acciones de compensación educativa.
- Ortiz, C. (2001). Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria. En Grau, C. y Ortiz, C. *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (pp. 19-55). Málaga: Aljibe.
- Palomo, M^a P. (1999). *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Piaget, J. (1979). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Polaino-Lorente, A. (1996). La discontinuidad. Un estudio desde diversos enfoques. En O. Lizasoain y B. Ochoa (Eds.). *Pedagogía hospitalaria: la discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado*. Actas del

Seminario Europeo de Pedagogía Hospitalaria (pp. 35- 46). Pamplona: Newbook.

Real Decreto 696/ 1995, de 28 de abril, de ordenación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación

Serradas, M. (2011). Aprendo en el hospital. Recurso instruccional multimedia para niños hospitalizados. *Educere*, 15, 52, 683-690.

Serradas, M. y Ortiz, M^a. C. (2001). Análisis de la realidad educativa en el hospital. *Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio*, 2, 635-639.

Valdés, C. A. y Flórez, J. A. (1995). El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. Universidad de Oviedo. Serradas.

Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P. y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15,3, 414-419.

Varela, A. y Rodríguez, M. (2014). El juego popular en la infancia y la adolescencia. Un estudio etnográfico a través de las edades. En A. Franzé, D. Poveda (Ed.). *Miradas y voces etnográficas en educación* (pp. 77-84). Madrid: Traficantes de Sueños.

Vygotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

Wallon, H. (1980). *Psicología del niño. Una comprensión dialéctica del Desarrollo Infantil*. M