

3 de septiembre de 2018

Tutora:

María Ángeles
Perea

Autora:

Ángela Castañeda
Reina



**[PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN EDUCATIVA
PARA TRATAR LA MUERTE A
TRAVÉS DEL CUENTO
INFANTIL]**

Índice:

Resumen
Palabras claves

1. INTRODUCCIÓN /JUSTIFICACIÓN.
2. MARCO TEÓRICO.
 - 2.1. Aproximación al concepto de muerte
 - 2.1.1. La muerte como concepto. Evolución del concepto de muerte.
 - 2.2. El duelo.
 - 2.3. La muerte y el duelo en los niños.
 - 2.4. La muerte en el Sistema Educativo Español
 - 2.4.1. ¿ Por qué es importante educar sobre la muerte? bravo et al.
 - 2.4.2. La pedagogía de la muerte en el currículo.
 - 2.4.3. Propuestas de intervención sobre la pedagogía de la muerte en España
 - 2.5. La pedagogía de la muerte en la literatura infantil.
 - 2.5.1. El cuento en aulas hospitalarias.
 - 2.5.2. La pedagogía de la muerte en el cuento infantil.
 - 2.6. Trastornos de alimentación. Hospital de día. Pedagogía de la muerte en las aulas de día.
 - 2.6.1. Trastornos de alimentación.
 - 2.6.2. Pedagogía hospitalaria. Aulas Hospitalarias en España.
 - 2.6.3. Pedagogía Hospitalaria en “Hospital Niño Jesús”. Hospital de día.
3. OBJETIVOS.
4. METODOLOGÍA
5. DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN
 - 5.1. Justificación
 - 5.2. Objetivos
 - 5.3. Contenidos
 - 5.4. Temporalización
 - 5.5. Metodología
 - 5.6. Atención a la diversidad
 - 5.7. Sesiones
 - 5.8. Evaluación y Competencias claves
6. CONCLUSIÓN / LOGROS Y LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS POR ORDEN ALFABÉTICO.
8. ANEXOS

Resumen

Esta intervención pretende abordar el tema de muerte a través del cuento infantil en aulas de día. Para ello ha sido necesario elaborar antes una investigación recogida en el marco teórico acerca del tabú que la pedagogía de la muerte supone a día de hoy. Esta investigación previa también recoge información acerca de cómo el duelo afecta a los niños/as y cómo debemos de actuar en estos casos, elaborando posteriormente la propuesta de intervención mencionada con anterioridad cuyo objetivo principal es normalizar el tema de la muerte y la asimilación de esta con la regulación y aceptación de sentimientos que eso conlleva y que se considera necesario aprender a manejarlo desde pequeños para no sufrir repercusiones en la edad adulta.

El material empleado para ello será un cuento que tratará las distintas fases del duelo a través de los ojos de un niño y el diseño de actividades está adaptado al variado rango de edad que puede haber en un aula de día.

Tras el análisis de los resultados obtenidos gracias a los instrumentos de evaluación que incluye la propuesta, se pudo concluir que la muerte puede ser abordada de una forma lúdica consiguiendo así mejor receptividad en los niños para expresar las emociones que sienten y que la muerte sea vista como un elemento más de nuestra vida y a la que no hay que temer.

Palabras claves:

muerte, duelo, educación, pérdida, cuento infantil, hospital de día

Abstract

This intervention tries to approach the topic of death across the infantile story in classrooms by day (in the daytime). For it, it has been necessary to elaborate before an investigation (research) gathered in the theoretical frame brings over of the taboo that the pedagogy of the death supposes a today. This previous investigation(research) also gathers information brings over of how the duel(grief) affects the children / aces and how we must act in these cases, elaborating later the offer of intervention mentioned previously whose(which) principal aim(lens) is to normalize the topic of the death and the assimilation of this one with the regulation and acceptance of feelings that carries it and that it is considered necessary to learn to handle it from small not to suffer repercussions in the adult age.

The material used for it will be a story that will treat the different phases of the duel(grief) across the eyes of a child and the design of activities it is adapted to the varied range of age that can exist in a classroom by day(in the daytime).

After the analysis of the results obtained thanks to the instruments of evaluation that includes the offer, it was possible to conclude that the death can be approached of a playful form obtaining better receptividad like that in the children to express the

emotions that they feel and that the death is seen as one more element of our life and of whom it is not necessary to be afraid.

Key words

death, duel, education, loss, children`s story, day hospital

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La muerte forma parte de la vida, y como tal ha de ser aceptada y entendida. Sin embargo, en nuestra sociedad, a diferencia de otras culturas, la muerte es percibida como cruel, algo de lo que evitar hablar. Normalizar la muerte desde pequeños sigue siendo un tema tabú en las aulas, pero ¿qué pasa si tu entorno te obliga a lidiar con ella constantemente? En los hospitales, son numerosos los niños/as que día a día han de enfrentarse a esta realidad sin obtener una respuesta clara sobre qué es y cómo regular las emociones que ésta les produce.

Como maestros, nuestra función no es sólo educar a nuestros alumnos/as en las asignaturas troncales sino formar personas, formarles para la vida y al formarles para la vida incluir la muerte en esta formación. Para ello, sólo necesitamos dos cosas: abrir la mente y abrir el corazón. En algunos centros que han llevado a cabo propuestas de intervención para la muerte, no siempre los docentes han estado preparado para ello, no saben que respuestas ofrecer, no les gusta hablar del tema, camuflan ciertas cuestiones, convirtiendo la intervención en inútil. Y es que cuando perdemos a un ser querido experimentamos muchas emociones que incluso siendo adultos somos incapaces de manejar por ello es importante que el maestro tenga real interés porque sus alumnos/as no copien estas conductas y en una futura pérdida experimenten emociones buenas y malas pero, ante todo, sanas.

Con el objetivo de acercar la pedagogía de la muerte a la escuela se ha elaborado una propuesta de intervención que se llevará a cabo en un aula de hospital, concretamente en el área de trastornos de alimentación, en la cual a través de un cuento infantil les mostraremos que la muerte es parte de nosotros, que la pérdida de un ser querido, aunque es doloroso, en ella también reside el aprendizaje, y que la vida cobra sentido cuando sabemos que esta tiene un final.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Aproximación al concepto de muerte

2.1.1 La muerte como concepto. Evolución del concepto de muerte.

La muerte, como sabemos, es un proceso común a todos los seres que habitamos el planeta. Sin embargo, está demostrado que el hecho de morir, no es percibido de igual forma en África que en América, ni tampoco se experimentaba este proceso en las antiguas civilizaciones como en la actualidad. En lo que sí parecen coincidir las diferentes culturas es en la condición de impermanencia del ser humano, es decir, que no puede permanecer en el mundo para siempre.

Bernard Gert (1995) define el concepto de muerte desde una perspectiva puramente biológica, donde el organismo pierde la vida. Sostiene que es un hecho permanente en el tiempo y que implica al cuerpo en su totalidad.

En la Edad Media la muerte se presentaba ante aquellos moribundos que se encontraban en su lecho de muerte rodeados de sus familiares. Esta no se presentaba ante los que sufrían la muerte súbita. Además, la dotaban de presencia juzgadora por lo que se ha prolongado a lo largo de la historia la creencia de que los hombres y mujeres hagan balance de sus malos y buenos para no sufrir una muerte rápida y contraria a sus deseos. (Urmeneta, s.f., p.319)

Flor Hernández Arellano (2006), sostiene que en el Romanticismo “*se tuvo una visión dramática de la muerte; aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del otro, del ser amado. La muerte deja de estar asociada al mal, declina, aunque no desaparece la conexión entre ésta y el pecado.*”

En el siglo XIX la muerte se considera un mundo aparte, un comienzo en otro lugar, lo cual causa una sensación de incertidumbre que a gran parte de la población le suscita miedo y con ello la muerte empieza a considerarse tema tabú. A finales de este siglo, según diversos autores, se recuperaron antiguas tradiciones y concepciones. Era común fallecer en el hogar familiar, al igual que en la Edad Media, pudiéndose despedir de sus seres queridos. (Hernández F., 2006, p.7)

Hoy en día, la muerte vuelve a ser un tema tabú. A la población les da miedo hablar de ello, les resulta incómodo, no lo aceptan como un acontecimiento natural. Se prefiere una muerte rápida e indolora y el balance de nuestro comportamiento es una cuestión de fe o de moralidad. Se elige en mayor medida morir en un hospital, en un intento de vencerla, en un intento de luchar, ¿por miedo quizás? Es un miedo irracional puesto que, aunque podamos sufrir los momentos previos a la muerte o no, como dice Antonio Machado parafraseando a Epicuro “*La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras somos, la muerte no es, y cuando la muerte es, nosotros no somos.*”.

2.2 El duelo

Según la Real Academia Española la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, coincidiendo así con una de sus múltiples definiciones “*Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.*” y “*Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.*” El proceso del duelo es un proceso doloroso para todas las personas que se va remitiendo poco a poco con el tiempo. Cuando la persona que pasa por este proceso de duelo es un niño/a, los adultos tienden a protegerlo en exceso para que no sufra cuando a veces es necesario que el niño/a sea consciente que ese proceso forma parte de la vida. No existe un manual donde se indique exactamente cómo hay que actuar cuando acompañamos a un niño/a en su proceso de duelo, cada persona reacciona ante la muerte de forma distinta, sin embargo, existe una guía acerca de cómo los niños y niñas perciben la muerte en función de su edad.

Hay que añadir que no toda muerte a nuestro alrededor conlleva un duelo. Que se desencadene este duelo o no depende en gran medida de los conectados emocionalmente que nos sintamos al ser que perdemos. Así mismo, el proceso de duelo no tiene una duración exacta sin embargo, el duelo se compone de unas etapas las cuales son esenciales superar para poder superar el duelo. La etapa inicial o primera etapa se caracteriza por un estado de negación que puede expresarse con indiferencia o, por lo contrario, con exaltación, de corta duración y que forma parte de un mecanismo de defensa que se activa en los primeros días desde el anuncio de la muerte. La etapa central es la etapa de mayor prolongación en el tiempo, pudiendo durar desde meses hasta años. Es la etapa de la depresión, donde el doliente tiene al fallecido en la mente en todo momento y en cada actividad que realiza, sobretodo en aquellas actividades cotidianas o rutinarias. El doliente pierde interés por todas estas actividades y por las interacciones sociales, sintiéndose solo y vacío. La última etapa o etapa final consiste en la adaptación del individuo a su vida, la depresión va disminuyendo y crecen de nuevo las interacciones sociales y los deseos. (Erika G et al. , 2008).

2.3. La muerte y el duelo en los niños

Diversos autores son los que abarcan el cómo perciben y reaccionan los niños ante la muerte. Según Kroen (1996), la personalidad, el contexto o la sensibilidad, juegan un papel importante en esta percepción. Este autor, a su vez, concreta en que la muerte puede percibirse de forma específica y de forma literal. La percepción específica consiste en una visión concreta acerca de la muerte. El niño interpreta la muerte como algo puntual y que le ha llegado a una persona o animal de su entorno en particular. La percepción literal por otra parte consiste en que el niño interpreta la muerte de manera textual por lo que cualquier expresión relacionada con esta puede violentar al menor.

Por otro lado, Fonnegra (2009), explica que la forma de ver la muerte varía en función de su edad. En los primeros años de vida perciben la muerte como un cambio en su

rutina. Experimentan un sentimiento de ausencia o abandono y será hasta los cinco años donde crean que la muerte es un estado reversible y modificable.

Según Bravo et al. (1998), la muerte es un tema obviado en la escuela y para los que muchos maestros no tienen respuesta cuando un niño acude a ellos buscando resolver sus dudas. Este autor indaga en las razones que llevan a querer hacer de la muerte un tema tabú en las aulas y hace hincapié en que se debe afrontar el tema con naturalidad y evitar respuestas previsibles. Por su parte Poch y Herrero (2003), desmienten creencias erróneas acerca de como los niños perciben la muerte en su artículo “La muerte y el duelo en el contexto educativo”. Alguna de estas falsas creencias son:

- Los niños no se dan cuenta de lo que sucede tras una pérdida. Falso, ellos se dan cuenta de que algo ha sucedido y necesitan saber qué ha pasado.
- Los niños y adolescentes no elaboran el duelo. Sí lo elaboran, por tanto es necesario trabajarlos con ellos.
- Los niños y adolescentes no atribuyen significado a los acontecimientos. No sólo atribuyen significado sino que además necesitan hacerlo para integrarlo en su vida.
- Los adultos debemos protegerlos en la medida de lo posible del dolor y el sufrimiento, por lo que es mejor no incorporarles en los rituales. Les protegemos mejor si les incorporamos en los procesos familiares y les hacemos partícipes en la medida que su edad se adecúe a ellos.
- No comprenden los rituales, por lo que es mejor que no asistan a ellos. Podemos ayudarles a comprender los rituales y permitir que participen en ellos en la medida de lo posible.

Los niños aunque comprenden la muerte de forma distinta según su nivel madurativo, está claro que es necesario educarlos para ello desde el ámbito familiar, social y docente. Debemos estar preparados para reaccionar y dar respuestas a las posibles cuestiones que un niño nos plantee con el fin no sólo de acompañarlos en el proceso de duelo sino también en un proceso de vida donde la muerte le da el sentido. La vida cobra sentido en el momento en el que esta tiene un final.

2.4. La muerte en el Sistema Educativo Español

2.4.1. ¿Por qué es importante educar sobre la muerte?

La muerte es un tema tabú en nuestra sociedad de hoy día. No son extrañas aquellas reacciones incómodas cuando se les plantea alguna cuestión acerca de la muerte. De la Herrán y Cortina (2007), coinciden en que al fallecido se le aísla, se le oculta, al mismo

tiempo que se le disocia de la familia. Los cementerios se encuentran lejos de las ciudades, y son visitados en ocasiones especiales o turísticas. Ambos autores catalogan estas actitudes de fóbicas al intentar tapar o cubrir un tema tan antiguo como la propia existencia del ser humano y especifican que al ser un tema tan expuesto en los medios de comunicación, películas etc. es necesario que se aborde también desde la educación ya que es un contenido que forma parte de nuestra vida.

Ramos (2010) definió la educación para la muerte como la acción contraria a una actuación psicológica ante trastornos de estrés postraumático o casos de siniestros. La educación para la muerte persigue enseñar que este acontecimiento del que poco sabemos es tan natural como la vida que vivimos. Autores como Herrero, De la Herrán y Cortina (2015) reflejan en su libro *“Educar y Vivir teniendo en cuenta la muerte”* argumentos a favor de la pedagogía de muerte en nuestras escuelas. De entre estos numerosos argumentos destacamos dos aspectos. Por un lado, el hecho de que la sociedad de hoy en día es más inmadura, está acostumbrada a la sobreprotección tanto de los demás de como de sí mismos y esto se ve reflejado en el aspecto educativo. Queremos evitar el trauma que consideramos la muerte y por lo tanto nos hacemos presos de una incultura y falta de perspectiva dentro de la educación. Debemos enseñar y aprender en base a una concienciación y una ampliación de la perspectiva centrándonos en aspectos también importantes para el desarrollo como personas. La educación para la muerte podría ser algunos de estos aspectos.

Por otro lado, y en relación a lo anterior, esta sobreprotección se ve motivada por el miedo. Osho (2010) decía que *“La gente tiene miedo porque no entiende ciertas cosas, y el miedo nace de su ignorancia”* (p.56) Es cierto que nadie ha venido a explicarnos qué ocurre cuando se muere por lo que podemos entender el proceso, pero quizás generen igual incertidumbre la causa de la muerte y lo que viene después. Esta incertidumbre o miedo hace que nos sintamos más unidos los unos a los otros. (Herrero, De la Herrán y Cortina, 2015). Numerosos son los colectivos que se generan a raíz de que varias personas experimenten la muerte por una causa u otra, o cuando ocurre un asesinato multitud de personas se manifiestan en contra de esto ¿Es cuestión de miedo a la causa? ¿Es cuestión de mera justicia? ¿Se pretende eliminar el sufrimiento o el “destino” del ser humano cuando se expone ante factores biológicos, ambientales o sociales?

Son unas preguntas para las cuales cada persona tendrá sus propias respuestas y sus propias conclusiones, pero lo que sabemos con certeza es que, independientemente de esto, el niño nace sin temer a la muerte y se va del mundo temiéndola y esto no tiene por qué ser así. Bastaría con educar para la muerte para que también se les estuviera educando para la vida (Herrero, De la Herrán y Cortina, 2015).

2.4.2. La pedagogía de la muerte en el currículo.

“Hoy ningún currículo oficial incluye expresamente la muerte como ámbito formativo, (...). La educación oficial hace como si la muerte no existiera, y como si nada tuviera que ver con la formación” (Herrero et al. , 2015, p.34)

La gran parte de los docentes españoles opina que ha de incluirse la pedagogía y didáctica de la muerte dentro del currículo. Consideran que la educación está incompleta si no se tratan estos temas y al mismo tiempo afirman que son pocos los docentes que están realmente preparados y cuentan con la formación necesaria para

abarcarse estos temas con sus alumnos. Se tratan hoy día numerosos temas transversales dentro del currículo español como la paz, la salud e higiene, la seguridad vial...sin embargo la educación para la muerte no es tratada y podría decirse, sin embargo, que guarda una relación directa con cada uno de los temas transversales que se abarcan dentro del currículo. La incorporación de temas como estos fue una novedad dentro del currículo de nuestro país y su función es facilitar aprendizajes para la vida. (De la Herrán y Cortina, 2006 p.70-106).

2.4.3. Propuestas de intervención sobre la pedagogía de la muerte en España

Las propuestas de intervención sobre la Pedagogía de la Muerte en España comenzarían en los años ochenta. Sin embargo fuera de nuestras fronteras aparecerá años antes, concretamente en los años veinte donde el autor Pine (1977) destaca tres fases fundamentales dentro del desarrollo de la Pedagogía de la Muerte: la fase de exploración (1928-1977), la fase de desarrollo (1958-1967) y por último la fase de popularidad (1967-1977).

En España aparecerán, como hemos mencionado anteriormente algunas propuestas e intervenciones que se hicieron públicas, muchas de ellas recogidas en la *Revista de Enseñanza & Teaching*.

Ya Melich (1989) menciona al autor Karl Jasper, el cual habla de una muerte inevitable, algo por lo que todo el mundo habla y en consecuencia, algo a tratar en educación siendo para ello necesario la formación de los maestros.

Gracia (1997) por su parte trató la muerte de forma específica, centrada en el área del lenguaje.

En el año 2000, Agustín de la Herrán, Isabel González et al. proponen abordar la Pedagogía de la Muerte en la etapa de Educación Infantil. Es un manual para los tutores en el cual se explica cómo tratar la muerte de forma transversal. (Sanz, 2016).

También en ese mismo año Concepción Poch propone la inclusión de estas prácticas en el contexto educativo sin especificar la etapa educativa donde debe desarrollarse (Cortina, 2010).

De la Herrán y Cortina, junto a otros colaboradores han sido dos contribuidores importantes dentro de la Educación para la Muerte con la publicación de libros y artículos comprendidos entre el 2007 y el 2015, como por ejemplo la publicación del artículo *Antecedentes de la Pedagogía de la Muerte en España (2012)* que ha sido de gran ayuda en la elaboración de este apartado. Algunos de estos colaboradores como Rodríguez, de la Herrán y Izuzquiza adaptaron la enseñanza de la muerte a niños con discapacidad intelectual. (Sanz, 2016)

La mayoría de estos autores están de acuerdo en que la etapa de Educación Infantil es la etapa ideal para desarrollar este tema ya que absorben mejor la información, sin embargo eso no significa que si no se aborda en Educación Infantil no estemos a tiempo de aplicarla en Primaria, Secundaria o incluso la Universidad ya que, podemos decir,

que en nuestro país son numerosas las intervenciones propuestas que existen para las distintas etapas educativas que componen el sistema educativo español.

2.5. La pedagogía de la muerte en la literatura infantil

2.5.1. El cuento en aulas hospitalarias.

Los niños y niñas que acuden a un hospital, normalmente han de dejar una parte del niño que llevan dentro para enfrentarse a situaciones, a veces, difíciles. El cuento es una herramienta terapéutica de gran utilidad para tratar con los niños y niñas diferentes temas como el amor, la amistad, matemáticas y también la muerte. La utilización de estos cuentos depende en gran medida del equipo pedagógico del hospital. Puede ser una actuación educativa apoyada desde el centro hospitalario y el colegio ordinario del niño o niña o únicamente de uno de estos organismos para todas las edades.

2.5.2. La pedagogía de la muerte en el cuento infantil.

Como hemos dicho antes, los cuentos ayudan a comprender la vida y todo lo que está engloba, entrando en ella el tema de la muerte. Según Quintana (2015) los cuentos tienen dos finalidades:

- La creación de mundos alternativos donde los niños aprendan valores que puedan aplicar a su propia cultura y sociedad.
- Empatizar con los miedos, aventuras, sentimientos que los personajes de esos cuentos vivan y aplicarlas a su experiencia personal.

Hernán (2013) expone que no hace falta esperar a Primaria para tratar la muerte a través de los cuentos ya que desde esa edad pueden experimentar pérdidas. (Selfa, Fraga y Berengué, 2014)

Aunque existen propuestas relacionadas con la muerte y la literatura, muchas van dirigidas a niños de un aula ordinaria y sin características específicas.

2.6. Trastornos de alimentación. Pedagogía de la muerte en aulas de día.

2.6.1 Trastornos de alimentación

El Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (NIH) nos da una guía completa sobre los trastornos de alimentación que día tras día hace que muchos niños y jóvenes debido a diversas circunstancias se vean inmersos en el. El NIH (2009) determina que los trastornos de alimentación engloba la bulimia, la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones entre otros. Son modificaciones de las conductas alimenticias por factores físicos, psicológicos y sociales. Los trastornos de alimentación son curables sin embargo según la doctora Julia Ocón (2003) los trastornos de conductas alimentarias

causan la muerte de entre el 5% y el 10% de los jóvenes, siendo superior al fallecimiento por meningitis. Los trastornos afectan tanto a hombres como mujeres, sin embargo es superior el número de mujeres y niñas afectadas al de hombres y niños afectados. Por lo general afectan a mujeres y niñas de entre 12 y 20 años, pero pueden presentarse casos en los que la edad varíe.

A continuación mostramos la definición de los distintos trastornos de la conducta alimentaria descrito por el DSM-V donde se incluyen los criterios de diagnósticos.

Bulimia nerviosa:

Es 10 veces más frecuente en la mujer que en el valor y tiene mas de un 1% de prevalencia global. La obesidad infantil aumenta el riesgo de padecerla. Muchas veces se inicia con una dieta o con acontecimientos estresantes. También tienen mas riesgo de padecerlo los niños que han padecido abusos físicos o sexuales.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

a) episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por:

- ingestión dentro de un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias parecidas.
- sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio, es decir, sensación de no poder dejar de comer o controlar la cantidad que se ingiere o lo que se ingiere.

b) comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso como vómito auto-provocado, toma de laxantes, de diuréticos, de medicinas para quitar el apetito, enemas, dietas, ayuno o ejercicio físico excesivo. La gravedad se refleja en la frecuencia de estos comportamientos compensatorios y sería:

- leve 1 a 3 por semana.
- moderada 4 a 7 por semanas.
- grave 8 a 13 por semanas.
- extrema 14 o más por semana.

Además, existen sentimientos de ansiedad, depresivos, antes del atracón, que se calman con el atracón. pero este ocasiona sentimientos de culpa, vergüenza, miedo a la obesidad auto reproches, baja autoestima, y sentimientos de repugnancia hacia uno mismo. Las personas con bulimia nerviosa tienen un peso normal o sobrepeso. Entre los atracones suele existir el consumo total de calorías evitando lo que creen que engorda más. Las consecuencias de las purgas son las mismas que en la anorexia nerviosa. El curso puede ser intermitente o crónico y en el último caso dura muchos años. Mortalidad del 2% cada 10 años debido a complicaciones orgánicas o suicidio. El trastorno se relaciona con trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares.

Anorexia nerviosa:

Tiene una prevalencia del 0.4% ,10 mujeres por cada varón

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. En los niños adolescentes puede no haber pérdida de peso pero sí tener un peso inferior al esperado en relación a su desarrollo. En los niños hay unas guías numéricas pero en general se considera patológico un peso un 5% por debajo de lo normal.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c) Alteración en la forma en que uno mismo ve su peso o constitución e influencia impropia del peso con la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso actual.

Es de tipo restrictivo si en los últimos tres meses no ha habido episodios recurrente de atracones o purgas. Las purgas son el vómito auto-provocado, la ingesta de diuréticos, laxantes o los enemas.

Otros se someten a dietas, ayuno o ejercicio excesivo

Es de tipo purgativo cuando en los últimos 3 meses ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas.

A lo largo de la evolución no es raro que se pueda cambiar de un tipo a otro. Todo esto puede ocasionar problemas de salud como anemia, leucopenia, trombocitopenia, aumento de las transaminasas hepáticas, disminución de minerales como el magnesio, zinc, fósforo, etc.

El vómito reiterado puede producir disminución de cloro, de potasio, y puede producir alcalosis metabólica por aumento de bicarbonatos en sangre. El consumo excesivo de laxantes puede ocasionar acidosis metabólica leve y el abuso de diuréticos también puede producir pérdida de potasio

También la anorexia nerviosa puede relacionarse con alteraciones hormonales sobretodo disminución de hormonas tiroideas (estrógeno en la mujer, que puede dar lugar a amenorreas y disminución de testosterona en el varón)

La disminución de los electrolitos puede dar lugar a alteraciones en el electrocardiograma, en el electroencefalograma, incluso ocasionar una encefalopatía. En las niñas prepúberales se puede retrasar la aparición de la primera regla.

También puede haber dolores abdominales, estreñimiento, intolerancia al frío, letárgica o por el contrario, hiperactividad y exceso de energía. A menudo se produce una reducción significativa del gasto energético en reposo.

Al dejar de tomar los diuréticos y los laxantes a veces aparece edema (retención de líquidos) periférico (tobillos, párpados..) La provocación reiterada del vómito puede ocasionar erosión del esmalte dental, callosidades en las manos, hipertrofia de glándulas salivales y paróidas. Muchos tienen síntomas depresivos, irritabilidad, tendencia al aislamiento social e insomnio. La mayoría están preocupados con la alimentación, las calorías y las dietas. Algunos acaparan y esconden comida. Son frecuentes las obsesiones y las compulsiones, a veces, relacionadas con la comida. Algunos desarrollan una actividad física extenuante que dificulta la ganancia de peso.

La evolución es muy variable, algunos se recuperan completamente después de un episodio único, mientras que otros muestran un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. La mayoría de los casos que no son graves remiten 5 años después de su inicio. La tasa de mortalidad al cabo de 10 años es del 5% debido a las complicaciones orgánicas o al suicidio.

En la aparición de la anorexia nerviosa influyen factores familiares aunque la influencia genética es escasa y también estas personas tienen riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares, sobretodo en el tipo purgativo. En la aparición de la anorexia nerviosa influyen también factores socioculturales, tienen más riesgo de padecerlos los niños con trastornos de ansiedad, con rasgos obsesivos de personalidad y que han padecido abusos sexuales.

El trastorno se asocia también con trastornos de ansiedad, bipolares, depresivos, obsesivo compulsivos etc.

Trastornos por atracones

Se trata de un trastorno caracterizado por los atracones recurrentes que se distingue de la bulimia nerviosa porque no hay purgas.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

a) episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- ingestión de una cantidad de alimentos en un periodo circunscrito de tiempo que es claramente superior a lo normal.
- sensación de pérdida de control de lo que se come porque no se puede parar de comer, no se puede controlar la cantidad que se come o el tipo de alimento que se come

b) los episodios de atracones se asocian a tres o mas de los hechos siguientes: - comer mucho más rápido de lo normal

- comer hasta sentirse desagradablemente lleno
- comer grandes cantidades de alimentos
- vergüenza
- sentimientos de culpa, rechazo a uno mismo, después del atracón -malestar después de los atracones.

c) Los atracones se producen al menos una vez por semana, durante tres meses seguidos o más. La gravedad depende de la frecuencia de los atracones, sería:

- leve, 1 a 3 atracones por semana
- moderado 4 a 7 atracones por semana
- grave 8 a 13 atracones por semana
- estrema 14 o más atracones por semana

d) diferencia con la bulimia nerviosa

- no existe un comportamiento purgativo ni ejercicio físico excesivo
- no tienen episodios de restricción radical de dieta para intentar compensar, lo que le engordan los atracones, aunque sí pueden ponerse a régimen. - tiene mejor pronóstico que la bulimia nerviosa.

Trastorno de evitación - restricción de la ingesta de alimentos

Se trata de niños con un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado porque no comen lo suficiente para estar bien nutridos a pesar de que se les ofrece una cantidad adecuada de alimentos.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Falta de interés por comer o alimentarse, evitación de alimentos o sensación de repulsión hacia la acción de comer que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas asociado a uno o más de los hechos siguientes:

- pérdida de peso significativa o deficit del peso esperada en relación con la edad - deficiencia nutritiva significativa
- dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral - interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

Es un trastorno frecuente durante la lactancia o en la primera infancia y puede persistir en la edad adulta. Los niños pueden estar irritables y ser difíciles de calmar durante la alimentación o bien resultar apáticos o introvertidos. Muchas veces el problema se agrava o se perpetua por una interacción inadecuada entre los cuidadores y el niño.

Se puede resolver limitando también lo que comen los miembros de la familia y el niño se va dando cuenta del hambre que pasa la familia y las ganas que tienen de comerse su comida. Hasta que el propio niño tiene hambre y acaba devorando lo que le ponen en la mesa.

Es trastorno puede ocasionar malnutrición y un deterioro del crecimiento y desarrollo del niño y de su personalidad. A veces evoluciona a una anorexia nerviosa. El trastorno puede afectar negativamente al potencial de aprendizaje y desarrollo. Es frecuente en niños con trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivo, TDAH, autismo y del desarrollo intelectual. También es más frecuente en niños de familias ansiosas y en hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria. También es frecuente en niños con problemas gastrointestinales como reflujo gastroesofágico o en vómitos de repetición.

Trastorno de rumiación

Aparece entre los 3 y los 12 meses de edad. Consiste en la regurgitación y la nueva masticación de los alimentos ingeridos previamente sin que esto se deba a enfermedades orgánicas como reflujo gastroesofágico, hernia de hiato... A veces el alimento es arrojado fuera de la boca, pero lo normal es que vuelva a ser ingerida ya que no suele resultar desagradable y no ocasiona náuseas y otras molestias.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, se tragan o se escupen.
- La regurgitación repetida no se puede atribuir a un trastorno gastrointestinal asociado.

Mucho de estos niños presentan irritabilidad, y sensación frecuente de hambre que dan lugar a la ingestión de grandes cantidades de comida. Cuando se expulsa la comida puede aparecer malnutrición. Los problemas psicosociales, la educación excesivamente negligente, la falta de estimulación, el estrés, los problemas de relación entre padres e hijos pueden favorecer la aparición de este trastorno que a veces también se asocia con retraso mental.

Trastorno PICA

Consiste en la ingestión persistente de sustancias inadecuadas o no nutritivas como tiza, papel, ropa, jabón, tierra, cenizas, chicles, etc. Es más frecuente en niños con retraso mental y del desarrollo y en niños sometidos a una escasa supervisión.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimenticias durante un periodo mínimo de un mes.
- La ingestión es inapropiada al grado del desarrollo.
- El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente apropiada.

El trastorno se asocia frecuentemente con autismo y en menor grado con esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, tricotilomanía y trastorno de excoriación. Como consecuencia de las sustancias que se comen puede ocasionarse envenenamiento, infecciones gastrointestinales u otras complicaciones orgánicas.

2.6.2. Pedagogía Hospitalaria. Aulas Hospitalarias en España.

Para comprender el término de pedagogía hospitalaria debemos comenzar por encontrarle un significado al término Aulas Hospitalarias. Álvarez,(2012) expone que son numerosos los autores que relacionan el término de Aula Hospitalaria con el “aula” que hay en un hospital con la función de que los niños puedan mantener su educación. Según este autor, en ella el objetivo es la persona y su calidad de vida, es un espacio donde los niños pueden realizar tareas fuera de la atención médica.

Por otro lado, autores como Lieutenant, (2006) las definen como “Escuelas Hospitalarias, Escuela para jóvenes enfermos o Escuela de jóvenes que tienen necesidades médicas”. Estas escuelas tendrían como meta ofrecer la ayuda necesaria para la evolución de estos jóvenes y su posterior adaptación a la vida cotidiana y a su rutina.

Lizasoáin (2000) prefiere el término de Pedagogía Hospitalaria al de Aulas Hospitalarias. Según esta autora, es una realidad complementaria a la atención médica de los hospitales. Ocuparía por tanto un lugar secundario ya que los niños van al hospital para recibir un tratamiento en primer lugar, no como finalidad primordial recibir una educación, pero sin embargo ayuda a que el niño tenga una continuidad educativa mientras reside en el hospital y no tenga un desfase curricular. La Pedagogía Hospitalaria representaría una rama distinta de la pedagogía donde se procura un avance en el desarrollo personal y educacional.

Esta autora distingue entre dos modelos en los que se basaría el término aquí descrito: el tecnológico cuya función es el análisis de resultados observables y el humanista que busca la evolución del individuo.

Lizasoain no sería la única que apoyaría esta nueva terminología. Un año más tarde, Grau y Ortiz (2001) vincularían este término a la escuela y la educación inclusiva y apuntan que la acción educativa estaría formada por la Atención Temprana, Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias, atención educativa domiciliaria, Escuela y familia.

Además, autores como González-Simancas y Polaino- Lorente (1990) reconocen las siguientes características citadas a continuación como propias de la Pedagogía Hospitalaria:

- Es del presente, constituyendo la pedagogía más moderna y contemporánea.
 - Parte de la vida y es para la vida.
 - Se centra sólo en la situación actual (aquí y ahora) del educando.
 - Es inmediata, aprovechando toda experiencia para enriquecer.
 - Es 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.
 - Es un servicio centrado en las personas.
 - Desde la epistemología, se puede decir que depende de la *Pedagogía General y Especial*.
 - Desde la diferenciación pedagógica, se trata de una especialidad reciente de la *Pedagogía Social*, al asistir problemas de tipo humano-social.
- En definitiva, es una pedagogía tremendamente vitalista, mucho más que la de la enseñanza regular.

En España el termino Aulas Hospitalarias es entendido como aquellos centros de enseñanza creados por el ministerio de educación y cultura y puestos a disposición de los niños enfermos en diferentes hospitales (Guillén y Mejía, 2002). Estos centros surgen para paliar la necesidad de los niños de recibir una educación mientras que están en el hospital y no pueden asistir a su centro común.

La Ley de Tolosa de Protección a la Infancia (1904) se considera la primera ley que reconoce los derechos de la infancia en España. Además de estas existen otras normativas que fueron las primeras en relacionarse con las Aulas Hospitalarias.

En 1981, la Circular del Instituto Nacional de Educación Especial daría a conocer la necesidad de apoyo docente al Hospital. Más tarde, la Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid desarrollaría un programa de atención a los niños hospitalizados en edad escolar obligatoria para así continuar en su progreso educativo cercano a otras necesidades como las afectivas o psicosociales de estos niños. También establece unos criterios para crear lo que se conoce como las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalaria y en Hospital de Día. Las Unidades se establecen en base a lo siguiente, tal y como lo expresa en la siguiente tabla. Álvarez, (2012):

NÚMERO DE CAMAS	CUPO DE PROFESORADO	FUNCIONAMIENTO
Menos de 30 pediátricas	1 docente	2 unidades de E. Infantil y Primaria
30-60 pediátricas	2 docentes	4 unidades de E. Infantil y Primaria
60-90 pediátricas	3 docentes	6 unidades de E. Infantil y Primaria
90-120 pediátricas	4 docentes	8 unidades de E. Infantil y Primaria
Mas de 120 pediátricas	5 docentes	10 unidades de E. Infantil y Primaria
20-30 psiquiátricas	2-3 docentes	2 unidades de E. Infantil y Primaria
Ingresos diarios inferiores a 30	2 docentes	2 unidades de E. Infantil y Primaria

Fuente: Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid (citado en Álvarez, 2012)

Según este mismo autor según el nivel de ocupación en los puestos pediátricos será determinado un módulo para estos, contando también con el tiempo de estancia del enfermo, la cantidad de alumnos en edad escolar, sus patologías, etc.

En 1912 se reconoce en nuestro país por primera vez la escuela dentro de los hospitales. Más tarde, en 1944 se firma el Acta de Educación donde queda patente el trabajo de los maestros en este sector. A partir de aquí comienza en España la aparición de distintas Escuelas públicas en los hospitales. Sería en 1947 cuando el Hospital Clínico San Carlos abriría sus puertas siendo la primera escuela considerada oficialmente como Aula Hospitalaria. En el ámbito privado, el hospital de la Orden San Juan de Dios (Barcelona) llevó la iniciativa de educar en su hospital alrededor de los años 20. El Dr. Laguna fue el impulsor del aula hospitalaria dentro del Hospital Clínico, situado en

pleno centro de Madrid. Fue durante el comienzo del régimen franquista, época de hambre y analfabetismo. Se considera un acto bastante humanitario teniendo en cuenta lo poco común y lo contradictorio que puede resultar crear una escuela en un hospital cuando la mayoría de la población en el resto del país era analfabeta. Esta escuela contaba con una filosofía propia: educar, entretener y dar amor. Los niños tenían que sentirse queridos, apoyados, de ahí que se considere un gran acto humanista. A raíz de la fundación de esta escuela en el Hospital Clínico, esta iniciativa se expandiría por otros hospitales como el Hospital Niño Jesús, del cual hablaremos más adelante. De las escuelas públicas en los hospitales se evolucionó a lo que hoy día se conoce como las Aulas Hospitalarias.

En las Aulas Hospitalarias los niños juegan o realizan manualidades con voluntarios al mismo tiempo que reciben clases por parte de docentes. La Clínica Universitaria de Navarra fue la gran pionera de las Aulas Hospitalarias españolas. Comenzó en el año 1979 y su función consistía en la combinación entre tareas educativas y otras actividades realizadas con voluntarios pedagogos. (Ortigosa y Méndez, 2000)

En nuestro país, el número de aulas hospitalarias está estipulado en una por centro hospitalario con un profesor adscrito. Estos especialistas pueden ser o maestros dependientes del Ministerio de Educación o de la Consejería de Educación o, por otro lado, del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Citamos textualmente lo que dice Álvarez, (2012) acerca de los docentes que acuden a las Aulas Hospitalarias. “La adscripción de los docentes a las Aulas Hospitalarias depende de la situación jurídico-administrativa en que dichas Aulas se encuentran. Según este criterio, existen:

- Aulas dependientes del M.E.C. Los docentes provienen del cuerpo de maestros de Educación Primaria.
- Aulas creadas o habilitadas como unidades de Educación Especial, incluso pudiendo conformarse como centros de Educación Especial. Se accede mediante el concurso general e traslados por pedagogía terapéutica.
- Aulas habilitadas como unidades de apoyo al programa de educación compensatoria. Se accede mediante comisión de servicios, de carácter anual.
- Aulas dependientes del INSALUD. El profesorado, con el título de magisterio, pertenece al INSALUD. Este sector creó la “Asociación de Profesores en Instituciones Sanitarias.” (pág.81)

Los docentes de las Aulas Hospitalarias no reciben antes de su incorporación ninguna formación específica que complemente la formación que ya saben, pero si es cierto que una vez comienzan a trabajar en estas Aulas sí comienzan a recibir una formación continua en la que se tratan aspectos como el empleo de recursos informáticos, planes de atención domiciliaria, la adaptación curricular a las aulas y el abordaje de las distintas áreas en aulas hospitalarias. El Ministerio de Educación puso en marcha en 30 aulas hospitalarias el proyecto “Teleeducación en Aulas Hospitalarias” que dotaba a

estas de recursos telemáticos para los alumnos. Estas Aulas Hospitalarias debían estar adscritas al Ministerio de Educación.

Existen, al Margen de las Aulas Hospitalarias propiamente dichas, otras asociaciones que se encargan de apoyar y satisfacer las necesidades de los niños hospitalizados. Un ejemplo de esto sería la mencionada por Guillén y Mejía (2002), la “Associació Catalana de Professionals de l'Educació en l'Àmbit Hospitalari” o ACPEAH. Esta asociación catalana fue fundada en 1997 y su principal objetivo es la de fomentar las relaciones entre los profesionales educativos y sanitarios, intercambiar sus experiencias e impulsar año tras año la educación y la multidisciplinariedad en los hospitales de toda Europa. A esta se le suman otras asociaciones que velan por la educación de los niños en los hospitales como la Federación de Asociaciones de Padres de Niños Oncológicos (compuestas por un conjunto de asociaciones como AFANOC), Vanguardia Social, el Programa de Animación con Niños y Jóvenes Hospitalizados de Cruz Roja, FUNCOE, etc.

Las Aulas Hospitalarias a día de hoy, tienen su futuro asegurado, pero aún les queda mucho por avanzar y cumplir objetivos pendientes.

2.6.3. Pedagogía Hospitalaria en “Hospital Niño Jesús”. Hospital de día.

Tal y como viene publicado en la página web del Hospital Niño Jesús, los documentos institucionales del Aula Hospitalaria “ Niño Jesús” (2010), la misión del Colegio Público de Educación Especial "Hospital Niño Jesús", es garantizar el apoyo pedagógico y seguimiento académico de los pacientes en edad escolar ingresados en el centro hospitalario y en el periodo de convalecencia prolongada en sus domicilios.

El Colegio Público del Hospital, creado en el año 1.966 (B.O.E. 3-3- 66) , depende de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, dentro del Servicio de la Unidad de Programas Educativos de la Dirección de Área Territorial de Madrid - Capital y de la Dirección General de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.

Atiende a alumnos de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria y Bachillerato.

La atención educativa y de apoyo pedagógico realizada por el equipo docente de este Centro está regulada por la Orden 2316/1999, del Consejero de Educación, de 15 de octubre y la Resolución de 11 de junio de 2001 (B.O.C.M. de 9 de Julio). Así como por la Orden Conjunta entre las Consejerías de Educación y de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el 11 de diciembre de 2002, (B.O.C.M. de 23 de enero de 2003).

Los objetivos del Hospital son:

- Proporcionar atención educativa al alumno hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, y evitar el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación.

- Asegurar la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante una coordinación adecuada entre los distintos profesionales que entran en contacto con el alumno enfermo: Centro docente y Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
- Favorecer, a través de un clima de participación e interacción, la integración socioafectiva de los alumnos hospitalizados.
- Facilitar la incorporación del alumno enfermo a su Centro educativo, una vez transcurrido el período de convalecencia.
- Tal y como citaremos de Álvarez, 2012 “El Hospital “Niño Jesús” es un pediátrico con el mayor servicio oncológico pediátrico de Europa en la actualidad. Es un hospital que no se dedica a los trasplantes sólidos (riñón, corazón, pulmón, córnea...), sino exclusivamente a los hematopoyéticos, como la sangre de cordón umbilical, médula ósea y sangre periférica, que son los más comunes en las leucemias y en la patología oncológica, fundamentalmente. Los trasplantes sólidos los hacen los grandes hospitales generales que tienen una mayor cantidad de recursos.

En el Hospital Niño Jesús, las actuaciones educativas comenzaron con dos maestras, nombradas para el servicio en el año 1966. En ese momento, no había distinción del servicio educativo según especialidades médicas. La atención disponía de una clase con dos aulas dentro del hospital. Las maestras no tenían director así que no estaban representadas por alguien; por otra parte y en relación con esta ausencia, debían coordinarse ellas mismas. Por lo tanto, este Aula se inició con plazas para profesores pero sin director. La formación necesaria para el acceso al puesto era la carrera de Magisterio y posesión de algún curso de Pedagogía Terapéutica. El acceso era mediante patronato (grupo de personas representando a un Convenio del Ministerio con los hospitales), nombrándose a las personas por oposición. El horario consistía en cinco horas en horario de mañana, aproximadamente. Los médicos solían exigir al docente más que lo que su puesto de trabajo le pedía, como estar en el hospital durante los meses de vacaciones. Respecto a la forma de trabajo, hacían servicio educativo y juegos de forma interpolada. La ventaja de esta tarea es que era muy vocacional; las condiciones del Aula Hospitalaria, de heterogeneidad y diferentes problemáticas patológicas. Se trataba, por lo tanto, de una Escuela poco organizada, donde trataban de llevar a cabo distintas acciones con los niños, teniendo como referencia la Escuela Unitaria de los pueblos donde se congregaban alumnos de distintas edades y, por tanto, había pluralidad de respuestas educativas.

En el Hospital Niño Jesús hay muchos espacios para la atención debido a las distintas especialidades. Esto no existe en otros hospitales, donde hay un único espacio físico grande y luego la atención a encamados. Normalmente los profesores tienen un horario para los encamados y otro para el Aula, o si hay varios profesores se turnan o rotan, lo cual depende de cómo se organizan, contando así con un margen de libertad para atender a todos. “

Las salas y especialidades atendidas pedagógicamente en el Colegio del Hospital son:

- Oncología: Sala de San Idelfonso, Sala de Santa Luisa, Sala Maktub, Sala de San Darío y Hospital de Día de Oncología.
- Psiquiatría: Sala de Santiago, Sala de Santa Margarita, Hospital de Día Infantil de Psiquiatría y Hospital de Día de Adolescentes de Psiquiatría.
- Pediatría: Sala de San Vicente, Sala de San Darío, Sala Santo Ángel y Sala de Santa Mónica.
- Cirugía: Sala de Santa Elvira.
- Traumatología: Sala de Santa Isabel.
- Daño Cerebral: Sala de Rehabilitación.

En el Hospital Niño Jesús hay mucha población con trastornos de alimentación, lo cual no existe en el Hospital Gregorio Marañón, teniendo este otro hospital trastornos más complicados desde una perspectiva educativa, como psicosis o psicopatías. En la parte de hospitalización del Niño Jesús, hay recientemente una división drástica de la unidad en trastornos alimentarios y otros trastornos psiquiátricos; los psiquiatras que no pertenecen a alimentación tienen actualmente la mitad del espacio, y eso influye en el hospital de día, porque asisten también pacientes que no son de alimentación. El espacio destinado a los pacientes psiquiátricos no se encuentra en un edificio aparte, sino en el mismo que el resto de especialidades médicas.

Álvarez, (2012), describe perfectamente el funcionamiento de las aulas hospitalarias dentro del Hospital Niño Jesús. En el Aula del Hospital Niño Jesús, cada profesor está adscrito a una especialidad médica, por lo que el profesor generalista va a tener Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria Obligatoria de una Unidad, sea ésta de Oncología, Pediatría, Cirugía o Traumatología, exceptuando el caso de Psiquiatría. En el hospital de día de psiquiatría del Hospital Niño Jesús han trabajado sólo dos maestros, los mismos que fueron nombrados desde el comienzo. Los centros educativo terapéuticos, donde también hay profesores en psiquiatría, empezaron al año siguiente de la apertura de psiquiatría en el Hospital Niño Jesús. Por tanto, toda esta área empezó simultáneamente, teniendo relación institucional continua los profesores ubicados en estos servicios. Además, en los cursos de formación aquellos suelen coincidir, y también suelen pasarse los alumnos de sus centros con los respectivos informes.

En relación con los talleres, en el Hospital Niño Jesús todo el espacio superior se destina a ellos. Como hay una figura contratada fuera de la Escuela para manejarlos, se llevan a cabo por la tarde y los profesores no tienen que hacerlos por la mañana. Sin embargo, en los demás hospitales no sucede esto, por lo que son los propios profesores de las Aulas quienes los realizan; por ejemplo, en el Hospital Doce de Octubre se hacen después de comer y el Hospital La Paz lleva mucho tiempo trabajando con el método de proyectos, que consiste en una elaboración de estos para todo el año globalizando todas las áreas.

Como hemos comentado anteriormente en este apartado una de las coberturas docentes con las que cuenta el Hospital Niño Jesús es el Hospital de Día.

Los niños/as que acuden al hospital de día son niños/as recuperados y en proceso adaptación para poco a poco ir incorporándose a su vida normal de nuevo o niños/as que estarán en observación, casos más leves de conducta o de trastornos alimenticios. Si bien es cierto que la asistencia al aula por parte de los ingresados es inestable, en el hospital de día hay un cupo de plazas que no sobrepasa los 12 alumnos. El aula es pequeña pero también cuenta con todo lo indispensable para la formación de los menores. En el Hospital de Día el horario es lunes de 10:00 a 13:00, martes de 12:30 a 13:30, miércoles de 10:00 a 13:00, jueves de 11:30 a 13:00 y viernes de 10:00 a 13:00. El aula está coordinada con el centro en todo momento para que estos puedan realizar en el aula exámenes de su centro de origen, trabajos, etc. Se informa a los docentes qué objetivos deben cumplir los niños/as de cada materia. En el horario de clase también hay un tiempo de desayuno y recreo y en muchas ocasiones, alrededor de dos veces al mes tanto estos niños/as como los ingresados acuden al teatro o al salón de actos del hospital para ver algún espectáculo.

En los Hospitales de Día se puede ver como niños/as que empiezan a acudir al Aula con caras tristes y serias luego van mejorando cuando llevan un tiempo en el Hospital de Día y le dan el alta por fin. Se aprecia como su estado de ánimo mejora, como se fortalecen y sobretodo como se quieren. Refiriéndonos a la formación los docentes deben estar muy preparados, ya que tienen que estar preparados para responder preguntas de todas las materias y de niveles que van desde 1º de Primaria hasta 4º de ESO.

2.6.4. Pedagogía de la muerte en Hospitales de día.

A día de hoy no tenemos constancia de que se aborde la pedagogía de la muerte en los hospitales. Lo más aproximado a este concepto son los Cuidados Paliativos. Según el doctor José A. Ávila (2013) “Los Cuidados Paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar así como el de su familia.” La OMS establece que no sólo los adultos han de recibir estos cuidados, también han de ser garantizados a los niños. Estaríamos ante los Cuidados Paliativos Pediátricos. Así mismo, esta organización define los Cuidados Paliativos Pediátricos como “Cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad” En Cuidados Paliativos se enseña a afrontar la enfermedad y a que el enfermo no sufra. Se les habla de la enfermedad y se les da información del proceso para superarla de la mejor manera pero, ¿se centran más en el aspecto psicológico o en el suministro de medicamentos para calmar la ansiedad o modificar la confrontación de la situación de los pacientes y la familia? ¿se les normaliza el proceso de muerte y/o duelo al paciente

y a la familia respectivamente o se evita este tema y se centran en la afrontación de la enfermedad únicamente?.

Hay opiniones de todo tipo. En la mayoría de los casos los Cuidados Paliativos se centran en el alivio del sufrimiento al paciente y a su familia sin entrar en normalizar el concepto de muerte. Ciertamente es, que cuando un paciente, ya sea niño o adulto, el simple hecho de dejar de existir es difícil de normalizar, pero podemos hacer que deje de ser un tema prohibido y entenderlo como una parte fundamental de la vida, al mismo tiempo que a la familia se les informa sobre el proceso por el que pasarían si la enfermedad acabara con la vida del paciente.

3. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es formular una propuesta de intervención didáctica en la que se aborde la Pedagogía de la Muerte a través del cuento infantil. A su vez, se pretende la consecución de objetivos específicos como los siguientes:

- Analizar las distintas fases del duelo en adultos y niños.
- Investigar acerca de la introducción de la Pedagogía de la Muerte en el currículo español.
- Valorar el cuento como recurso para la transmisión de conocimientos y experiencias de vida.
- Ofrecer diferentes recursos y/o actividades para abordar el tema de la muerte mediante el uso de cuentos infantiles.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para tratar la muerte a través de los cuentos será mediante una intervención que ha sido llevada a cabo en un centro hospitalario, en un aula de hospital de día. El hospital de día es el lugar de trase entre el aula en la zona de ingresados y el centro al que pertenezca la alumna/o. He considerado que la intervención mediante un cuento es la mejor opción ya que el tema de la muerte es considerado tema tabú y una buena forma de tratarlo de forma lúdica es la narración. Previo a esta intervención se ha desarrollado una labor de investigación para fundamentar la intervención sobre una base teórica.

5. DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN

5.1. Justificación

La propuesta de intervención que va a llevarse a cabo consiste en dar una explicación sobre el concepto de la muerte y sobre el proceso de asimilación de ésta cuando alguien de nuestro alrededor fallece o somos nosotros los que nos enfrentamos a ella.

Considero que el tema escogido es de gran importancia, puesto que es un tema poco tratado en Primaria. Esta propuesta estaba en un comienzo dirigida a niños/as de 4º de primaria, sin embargo al encontrarme en un hospital de día, decidí elaborar una propuesta apta para edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. Creo que la explicación de la muerte y el duelo a través del cuento es una buena opción porque creo que en esta etapa se tiene un buen dominio de la lectura y de la comprensión además una edad que nos permite hablar sobre esta fase de la vida. Esta propuesta se compone de unos objetivos, contenidos relacionados con la muerte, una metodología que servirá de guía para el profesorado, unas sesiones con una temporalización específica y por último, una evaluación. Al utilizar como material un cuento encasillaremos esta propuesta dentro del área de Lengua Castellana y del área de Valores Sociales y Cívicos ya que se trata de un tema que forma parte de nuestro desarrollo interior y exterior como personas, Además al ser un hospital de día y no haber ninguna estructura horaria para cada materia, podremos disponer del espacio horario que mejor convenga a la realización de la propuesta.

5.2. Objetivos

Objetivos generales:

- Normalizar el concepto de muerte
- Educar para la muerte
- Prevenir conductas propias del duelo patológico
- Interiorizar en las fases propias de un duelo sano
- Trabajar la educación emocional

5.3. Contenidos

Los contenidos están relacionados con los objetivos anteriormente planteados:

- La muerte y su concepto
- Las etapas del duelo
- La resiliencia

5.4. Temporalización

La intervención tendrá una duración de 4 semanas. Las sesiones se impartirán dos veces a la semana con una duración de 45 minutos/sesión. Esta temporalización es flexible, lo cual permitirá alargarse en el tiempo si el profesor lo considera beneficioso para el estado emocional de los alumnos.

5.5. Metodología

La metodología usada en este tipo de intervención se basa principalmente en el aprendizaje constructivista, donde los alumnos/as son los protagonistas de su aprendizaje y donde lo construyen poco a poco mediante juegos y dinámicas y el aprendizaje cooperativo. Concretamos esta metodología en lo que se conoce como ambientes de aprendizaje, una metodología innovadora capaz de adaptarse y aportar frescura al aula de un hospital de día. Según el portal *Colombia aprende* un ambiente de aprendizaje es “ un espacio en el que los estudiantes interactúan, bajo condiciones y circunstancias físicas, humanas, sociales y culturales propicias, para generar experiencias de aprendizaje significativo y con sentido. Dichas experiencias son el resultado de actividades y dinámicas propuestas, acompañadas y orientadas por un docente”. (Colombia aprende, 2018). La estructura de esta intervención consta de tres partes: evaluación inicial, actividades y evaluación final.

Parte 1: Evaluación inicial.

La evaluación inicial es una fase previa a la intervención propiamente dicha. Consistirá en unas preguntas que nos permitirán conocer qué conocimientos previos poseen los alumnos sobre el tema en cuestión y sobre si tienen dificultades de aprendizajes. El cuestionario inicial puede verse en el [anexo](#)

Parte 2: Actividades.

El conjunto de actividades que se van a desarrollar estarán agrupado en tres bloques. El bloque 1 corresponde al contenido “*La muerte y su concepto*” y engloba a las sesiones 1 y 2, el bloque 2 “*Las etapas del duelo*” que engloba las sesiones 3, 4 5 y 6, y por último el bloque 3 “*La resiliencia*” que corresponde con la sesión número 7.

Parte 3: Evaluación final.

La evaluación final se realizará utilizando los instrumentos de evaluación pertinentes tanto para evaluar el trabajo de los alumnos como el desempeño docente.

5.6. Atención a la diversidad

En el aula del hospital de día contamos con una gran diversidad en el alumnado, no nos limitamos únicamente al aspecto clínico a sus estilos de aprendizaje, intereses, etc. Como docentes debemos de dar respuesta a las necesidades, no sólo a nivel grupal sino también a nivel individual. Se le facilitará a su vez, el apoyo y la motivación necesaria a aquellos alumnos que presenten dificultades de aprendizaje o necesidades educativas especiales. El protocolo de actuación se llevará a cabo a partir de un cuestionario inicial del cual podremos averiguar las debilidades y fortalezas que presentan como grupo y a nivel individual, las medidas curriculares y organizativas a tomar, uso de diferentes instrumentos de evaluación..., con el objetivo de que todo nuestro alumnado alcance su máximo potencial en las competencias básicas.

5.7. Sesiones

SESIÓN 1

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 1: Evaluación inicial

Objetivo:

- Observar ideas previas del alumnado sobre la muerte.
- Tener una primera toma de contacto con las alumnas/os

Duración: 45 min

Descripción de la actividad: Se les repartirá un folio con unas actividades que tendrán que resolver utilizando sus conocimientos previos sobre la muerte. (ver anexo)

Recursos Materiales: actividades, lápices, bolígrafos.

SESIÓN 2

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 2: Presentamos a la muerte

Objetivo:

-Naturalizar el proceso de muerte como parte de la vida.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

Comenzamos a leer nuestro cuento “Buenas noches Cala” y leemos de la página 1 a la página 4. En estas páginas Cala la protagonista, conocerá por primera vez a la muerte. A continuación, se realizará con los alumnos una actividad compuesta de dos partes.

- ***Parte 1:*** Se les mostrará el ciclo vital de una mariposa y de una rana para enseñarles el ciclo de vida de todo ser vivo, incluido los seres humanos: nacimiento, crecimiento, y muerte.
- ***Parte 2:*** Cada alumna/o tendrá que realizar un árbol genealógico de su familia y rodear con un círculo a aquellos familiares ya fallecidos. Luego pondremos en común las diferentes causas del fallecimiento de esas personas para ver distintas formas que una persona puede fallecer.

Recursos Materiales: Cuento, imágenes explicativas sobre los ciclos vitales de la mariposa y la rana, plantilla de árbol genealógico, bolígrafos, lápices.

SESIÓN 3

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 3: El duelo. La negación

Objetivo:

-Comprender la etapa de negación. Explorar nuestras emociones.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

Comenzaremos dando una breve explicación sobre el duelo y su relación con la muerte. Explicaremos que la protagonista de nuestro cuento se embarcará en un viaje a través de las etapas del duelo y que será un viaje del que todos aprenderemos mucho. La primera etapa del duelo es la negación que una vez leída las páginas del cuento correspondientes a esta fase procederemos a realizar la siguiente dinámica:

Nos separaremos en dos grupos. Cada grupo se situará en una pared del aula, uno enfrente del otro. En medio de ambos grupos habrá una línea roja. La maestra/o, leerá en voz alta situaciones de negación, en las que decimos que no por miedo, por enfado...cuando la alumna/o sienta o crea que él alguna vez ha realizado la acción descrita por la maestra/o, dará un paso adelante, aproximándose a la línea roja, creando así una gráfica humana de cada una/o dónde esta línea es el tope. La maestra/o no mencionara que estas situaciones son negaciones hasta el final de la dinámica. Esta actividad nos servirá para que las alumnas/os vivan en primera persona esta etapa del duelo y analicen sus emociones una vez que, finalizada la actividad, la maestra/o explique en qué consiste la etapa de negación.

Recursos Materiales: material necesario para dibujar o formar la línea, situaciones

de negación.

SESIÓN 4

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 4: Ira

Objetivo:

-Entender la etapa de ira. Fomentar la empatía.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

La actividad comenzará una vez más leyendo la parte correspondiente del cuento, en este caso, la parte correspondiente con la etapa del duelo de la ira. Posterior a esto, le repartiremos a cada alumna/o un globo. La maestra/o tendrá cuatro tarjetas relativas a cuatro ámbitos distintos: familia, hospital, ellos mismos, amigos. A continuación, cogeremos una tarjeta y las alumnas/os deberán ir diciendo una situación que les enfade con respecto a ese ámbito, una vez dicho esto en voz alta, inflarán un poco el globo. Así hasta que a uno de las alumnas/os se le explote. Este explotido nos llevará a reflexionar con los alumnos sobre esta parte del cuento, la etapa del duelo a la que nos referimos y cómo la ira, actúa en nuestro interior con la pérdida de un ser cercano.

Recursos Materiales: Globos, tarjetas.

SESIÓN 5

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 5: Negociación

Objetivo:

-Fomentar la empatía. Entender nuestras emociones. Conocer la fase de negociación.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

Cómo nuestro personaje en las páginas dedicadas a hablar de la negociación es una caja. La maestra/o dejará en medio del aula una caja cerrada que dentro contendrá un papel con un contenido que nos ayudará a interiorizar la fase de la sesión de hoy. El contenido del papel describe una coyuntura complicada en la que se plantean dos opciones y deberán cada uno explicar cuál creen que será la correcta. Al tratarse de un escenario bastante complicado, dará lugar a debate en la que un alumno será moderador, y el maestro esta vez participará como un contertulio más aunque intentará poner en aprieto al resto de alumnas/os. Con este debate pretendemos hacerles entender el conflicto interno que sufre una persona cuando se encuentra en este momento del duelo. Nuestra tarea es en todo momento que asimilen de forma práctica estas fases.

Recursos Materiales: caja, papel.

SESIÓN 6

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 6: Depresión.

Objetivo:

-Analizar en qué grados nos afecta la tristeza.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

Habrán pegado por toda la clase carteles con los números del 1 al 5. El profesor leerá distintas circunstancias y las alumnas/os deberán irse al cartel que refleje el grado de tristeza que esa circunstancia le produce, siendo 1 el menor grado de tristeza y 5 el mayor.

Recursos Materiales: carteles, bolígrafos, rotuladores, circunstancias en papel.

SESIÓN 7

Edad: 8-11 años

Número de alumnos: 10

Duración de la sesión: 45 min

Espacio: aula del hospital de día

Actividad 7: Aceptación. Resiliencia.

Duración: 45 min

Descripción de la actividad:

Después de acabar la última parte de nuestro cuento y contarles en que consiste nuestra última etapa, se les reparte un sobre a cada niña/o con un puzle dentro. Cada puzle consistirá en una frase de superación o aceptación que irá dedicado a cada uno como fin de esta propuesta. Pegarán el puzle sobre una lámina de madera que luego llevará encima un cristal y quedará a modo de marco para que se lo lleven a casa como recuerdo de estas sesiones.

Recursos Materiales: sobres, puzles, lámina de madera, cristal protector, pegamento.

5.8. Evaluación y Competencias claves

Al no tratarse de un contenido contemplado explícitamente en el currículo, lo hemos situado dentro del área de valores sociales y cívicos. Para evaluar el rendimiento del alumnado de esta propuesta nos hemos basado en el DECRETO 97/2015, de 3 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación primaria en Andalucía, se expresa que en el currículo andaluz de educación primaria ha de tomarse como eje estratégico y vertebrador del proceso de enseñanza y aprendizaje, el desarrollo de las capacidades del alumnado y la integración de las competencias clave en el currículo educativo y en las prácticas docentes. El aprendizaje basado en competencias se caracteriza por su transversalidad, su dinamismo y su carácter integral, tal y como recoge la Orden de 17 de marzo de 2015, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la educación Primaria en Andalucía. Es por esto, que realizaremos una rúbrica donde estas competencias claves estén relacionadas con sus indicadores correspondientes y donde se recoja el nivel de dominio de los alumnos de estos indicadores. A continuación mostraremos un ejemplo de dicha rúbrica:

EJEMPLO RÚBRICA SEGÚN NIVEL DE DOMINIO (Área de Valores Sociales y Cívicos)

Competencias claves asociadas	CSYC, SIEP, CCL, CAA	EN PROCESO O INICIADO	ESTÁNDAR O MEDIO	SUPERADO O AVANZADO
Criterios de evaluación	Indicadores			
CE.1.1 Reconocer los rasgos que lo definen, haciendo una valoración positiva de sí mismo e identificar las consecuencias que sus decisiones tienen sobre sí mismo y sobre los demás, haciéndose responsable de las consecuencias de sus actos y desarrollando una actitud de compromiso hacia uno mismo.	VSC.1.1.3. Reflexiona acerca de las consecuencias de sus acciones, identificando las ventajas e inconvenientes de las diferentes alternativas de acción y haciéndose responsable de las mismas. (CSYC, SIEP)	Reflexiono acerca de las consecuencias de mis acciones de forma superficial, sin identificar diferentes alternativas de acción.	Reflexiono acerca de las consecuencias de mis acciones, identificando las ventajas e inconvenientes de las diferentes alternativas de acción.	Reflexiono de forma crítica sobre las consecuencias de mis acciones, no solo identificando las ventajas e inconvenientes que estas conllevan sino haciéndome responsable de las posibles consecuencias y aprendiendo de ello.
CE.1.3. Reconocer, listar y expresar su sentimientos y emociones, aprendiendo a gestionarlos de manera positiva para enfrentarse a las distintas situaciones y	VSC.1.3.1. Reconoce, lista y expresa pensamientos, reflexionando, regulando y reestructurando sus sentimientos y emociones.(CCL, SIEP)	Reconozco y expreso emociones básicas de forma desordenada y poco reflexiva	Reconozco y expreso emociones complejas, reflexionando sobre ellas.	Reconozco y expreso mis emociones desde un punto de vista mas complejo, reflexionando,regulando y estructurando estas emociones y sentimientos.

problemas de su vida diaria, Manejar las frustraciones haciendo frente a los miedos y fracasos e iniciarse en la toma de decisiones con autocontrol.				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

EJEMPLO RÚBRICA SEGÚN NIVEL DE DOMINIO (Área de Lengua Castellana y Literatura)

Competencias claves asociadas	CCL,CAA,CSYC,SEIP	EN PROCESO O INICIADO	ESTÁNDAR O MEDIO	SUPERADO O AVANZADO
Criterios de evaluación	Indicadores			
CE.1.1. Participar en situaciones de comunicación del aula, reconociendo el mensaje verbal y no verbal en distintas situaciones cotidianas orales y respetando las normas del intercambio comunicativo desde la escucha y el respeto por las ideas, sentimientos y emociones de los demás.	LCL.1.1.1. Participa en debates respetando las normas de intercambio comunicativo. (CCL, CAA, CSYC, SEIP)	No realizo demasiadas intervenciones en el debate, me evado del tema y no escucho a mis compañeros.	Intervengo en debates sin respetar las normas como levantar la mano, esperar a que mi compañero hable para hablar yo, no escuchar, etc.	Intervengo en debates y respeto las intervenciones del resto de mis compañeros realizando una escucha activa de sus intervenciones.

También realizaremos una rúbrica para autoevaluar nuestro trabajo durante la propuesta y sobre la realización de la misma, para realizar posteriormente propuestas de mejora y modificaciones. Para ello cogemos como referencia la rúbrica propuesta por la Junta de Andalucía:

EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE LA PROPUESTA

A.- Evaluación del diseño de la U.D.I.					
Expresar el grado de acuerdo con las siguientes cuestiones (siendo 5 muy de acuerdo y 1 en desacuerdo)	1	2	3	4	5
1.- La tarea seleccionada como organizador de la actividad está bien definida (es reconocible el producto final y la práctica social)					
2.- La tarea seleccionada es relevante para el aprendizaje de diferentes competencias clave					
3.- La práctica social de la que forma parte la tarea presenta un conjunto de actividades, un dominio de recursos y unos escenarios fácilmente reconocibles					
4.- Los objetivos del área expresan con claridad los comportamientos propios de cada una de las competencias					
5.- Los objetivos del área incluyen los contenidos necesarios para realizar las actividades					
6.- Los contenidos seleccionados son variados (incluyen conceptos, hechos, procedimientos, valores, normas, criterios...etc.)					
7.- Los objetivos del área y los contenidos han sido seleccionados de una o más áreas o materias curriculares					
8.- Los indicadores de logro seleccionados para la evaluación de los aprendizajes han sido seleccionados de una o más áreas curriculares					
9.- Los criterios de evaluación de etapa, de ciclo y los estándares de aprendizaje están correctamente relacionado para formar un conjunto integrado					
10.- Se incluye una rúbrica con los indicadores de logro asociados					
11.- Los instrumentos previstos para obtener información sobre los aprendizajes adquiridos están adaptados y son variados.					
12.- Los objetivos del área, los contenidos y los indicadores de logro han sido definidos en la concreción curricular del centro					
13.- Las actividades previstas son completas (suficientes para completar la tarea)					
14.- Las actividades previstas son diversas (requieren para su realización procesos y contenidos variados)					
15.- Las actividades previstas son inclusivas (atienden a la diversidad del alumnado)					
16.- Los escenarios previstos facilitan la participación en prácticas sociales					
17.- Los recursos previstos facilitan la realización de las actividades de un modo relativamente autónomo					

TABLA 1. MATERIAL DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLC. JUNTA DE ANDALUCÍA

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA PROPUESTA

B.- Evaluación del desarrollo de la U.D.I. (currículum realizado)					
Expresar el grado de acuerdo con las siguientes cuestiones (siendo 5 muy de acuerdo y 1 en desacuerdo)	1	2	3	4	5
1.- Los escenarios seleccionados para la realización de actividades fueron los adecuados					
2.- La transición entre los distintos escenarios fue ordenada y la adaptación del alumnado a cada escenario fue adecuada					
3.- Los escenarios contaban con los recursos necesarios para la realización de las actividades					
4.- El alumnado conocía las actividades que tendría que realizar en cada escenario, así como los recursos que tendría que emplear y había recibido orientaciones suficientes sobre el comportamiento más adecuado					
5.- El agrupamiento del alumnado permitió la cooperación y la atención a las necesidades educativas especiales					
6.- Los métodos de enseñanza utilizados para facilitar el aprendizaje fueron los adecuados					
7.- Los métodos utilizados incluían recursos estandarizados					
8.- Los métodos utilizados incluían recursos propios, elaborados o adaptados por el profesorado					
9.- Tanto el profesorado como el alumnado desempeñaron adecuadamente los "roles" previstos por la metodología de la enseñanza en cada uno de los escenarios					
10.- El tiempo estimado para la realización de la(s) tarea(s) fue suficiente					
11.- La gestión de los escenarios, los recursos y el empleo de las metodologías permitió que la mayor parte del tiempo establecido fuera un tiempo efectivo.					
12.- Las realizaciones de los estudiantes en cada una de las actividades así como el producto final de la tarea fueron dadas a conocer a otras personas					
13.- Las realizaciones de los estudiantes en cada una de las actividades así como el producto final de la tarea fueron utilizadas como fuente de información de los aprendizajes adquiridos					
14.- El alumnado incorporó sus realizaciones a su portfolio individual.					

TABLA 2. MATERIAL DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLC. JUNTA DE ANDALUCÍA

6. CONCLUSIÓN / LOGROS Y LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Tras la recogida de datos y el posterior análisis de estos se pudo sacar varias conclusiones:

La inclusión de la pedagogía de la muerte en el aula de día es muy necesaria no sólo para los niños/as sino también para nuestra aprendizaje como docente. Resultó muy enriquecedor para todos compartir los sentimientos y emociones que nos generaban las dinámicas. Mi papel como docente consistió en formar parte de las actividades para crear un clima de total confianza y luego explicar el sentido de estas.

La elaboración de esta propuesta ha servido también para poner en práctica todo lo aprendido en estos años de carrera y para reafirmarme en el tipo de maestra y persona que quiero ser. He gozado de una libertad en el aula de día que me ha permitido realizar la intervención con total libertad y creando un espacio íntimo.

La libertad recibida para la elaboración de este TFG ha sido fundamental, permitiéndome escoger un tema con el que realmente me sintiese cómoda y dándome flexibilidad absoluta en su entrega, algo que se es de valorar, después de un año que ha sido duro para mí.

Al igual que ha habido cosas positivas también existieron dificultades como fue en el aspecto de la investigación del tema la poca variedad de autores que tratan la muerte y los niños de forma práctica, aportando recursos. Ha sido necesario buscar mucho para poder hacer una bibliografía lo más abundante posible.

Por otro lado, al ser un tema para mí interesante, me gustaría haber podido realizar un TFG más extenso, tanto a nivel de marco teórico como a nivel de propuesta.

A nivel práctico, aunque la propuesta pudo ser llevada a cabo, al principio el hecho de presentar este tipo de intervención en el hospital no fue bien recibido, sobretodo por los propios maestros, pero sin embargo, gracias al apoyo y al asesoramiento del psiquiatra y de los médicos, pudimos crear una intervención adecuada para las alumnas/os del aula de día.

Para terminar, destacar que este modesto TFG va cargado de intenciones y sobretodo está hecho con mucha ilusión y entrega. Espero que en un futuro pueda volver a ponerlo en práctica ya que considero que la Pedagogía de la Muerte está muy olvidada en las aulas y pienso que nuestra principal función en el mundo de hoy no es sólo crear máquinas que sepan sumar, leer o saber ciencias, sino crear personas que sepan de emociones, de compañerismo, que desarrollen su propio criterio cuando observen el mundo que les rodea, en conclusión que sepan vivir, y nada mejor que incluir la enseñanza de la muerte, ya que citando a Mario Benedetti “*Después de todo la muerte es solo un síntoma de que hubo vida*”.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, J. A. (2013). ¿Qué son los cuidados paliativos?. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Recuperado de <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html>

Benini, F. et al. (2009). CUIDADOS PALIATIVOS PARA LACTANTES, NIÑOS Y JÓVENES. LOS HECHOS. Fundación Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. Recuperado de <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=earmpoHy4EY%3D&tabid=286>

Bravo, S., De la Herrán, A., Freire, V., González, I. y Navarro, M. J. (1998). La educación para la muerte como tema transversal de transversales. Consideraciones para la educación infantil. Recuperado de <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d052.pdf>

CEIP.Clara Campoamor. (s.f.). PROGRAMACIÓN DIDÁCTICA DEL ÁREA DE VALORES SOCIALES Y CÍVICOS. PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/29006143/helvia/sitio/upload/P._Didactica_1_y_2_Valores_Primer_Ciclo.pdf

Colombia Aprende - Ministerio de Educación Nacional - República de Colombia. (s.f.). Recuperado de <http://colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/w3-article-288989.html>

Colomo, E. (2016). *Pedagogía de la Muerte y Proceso de Duelo. Cuentos como Recurso Didáctico*. Valencia. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 14 (2), 63-77.

Colomo Magaña, E. & Cívico Ariza, A. (2018). La necesidad de formación del profesorado en pedagogía de la muerte. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 21(1), 83-94.

Consejería de Educación, Cultura y Deporte. (s.f.). Enseñanzas propias de la Comunidad Autónoma de Andalucía para la Educación Primaria. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/descargasrecursos/curriculo-primaria/pdf/PDF/textocompleto.pdf>

De la Herrán, A. y Cortina, M. (2007). Introducción a una Pedagogía de la Muerte. *Educación y Futuro*, 17, 131-148.

De la Herrán, A. y Cortina, M. (2006). *La muerte y su didáctica. Manual para Educación Infantil, Primaria y Secundaria*. Madrid: Universitas.

Díaz Seoane, P. (s.f.). *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.fundacionmlc.org/uploads/media/default/0001/01/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>

- EQUIPO DE COORDINACIÓN PEDAGÓGICA DEL PLC. (s.f.). MATERIAL DE REFERENCIA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLC. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/7529805c-6f6f-4ee4-8f27-13b5df118ef1>
- Escolar, S. (2016). *Propuesta de intervención didáctica para el tratamiento de la muerte en 1º de Educación Primaria*. (Trabajo Fin de Estudios). Recuperado de <https://reunir.unir.net/handle/123456789/4281>
- Fonnegra De J. Isa (2009). *Frente a una experiencia de pérdida: ¿elaborar el duelo?*
- Freud, Sigmund. (1919). *De la Historia de una Neurosis Infantil y otras Obras: lo Ominoso*. Amorrortu editores.
- Gert, B., "A complete definition of death", en Brain death, edit. por Calixto Machado, 1995, Elsevier.
- Gracia, I. (1997). Pedagogía laica de la muerte a partir de la simbólica del mito de psique y eros. En A. Mendoza, C. Romea y F. J. Cantero (coords.), *Didáctica de la lengua y la literatura para una sociedad plurilingüe del siglo XXI*. Barcelona: PPU.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Herrán, A. de la y Cortina, M. (2009). La muerte y su enseñanza. *Diálogo Filosófico* (75), 499-516.
- Herrero, P., De la Herrán, A. y Cortina, M. (2015). *Educación y vivir teniendo en cuenta la muerte*. Madrid, España. Ediciones Pirámides.
- Kroen C. Wiliam (1996) *cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. España. Ediciones Oniro S.A.
- Los trastornos alimenticios producen más muertes en los jóvenes que la meningitis (29 de mayo de 2003). *El periódico de Aragón*. Recuperado de www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/trastornos-alimenticios-producen-mas-muertes-jovenes-meningitis_60255.html
- Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. México, México.
- Pine, V. R. (1977). *Asociohistorical portrait of death education*. *Death Education*, 1, 57-84.
- Poch, C. y Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el contexto educativo. *Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Quintana, J. (2005). *La animación lectora en el aula*. Madrid: CCS.

Rodríguez Herrero, P., Herrán, A. de la y Cortina, M. (2012). Antecedentes de Pedagogía de la Muerte en España. *Enseñanza & Teaching. Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 30 (2), 175-195.

Sanz, M. (2016). *Concepciones de los maestros y maestras de Educación Primaria acerca de la Pedagogía de la Muerte*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Sevilla.

Selfa, M., Fraga, F. y Berenguer, I. (2014). *Leer sobre la muerte en la Biblioteca de Aula: una experiencia práctica de lectura en un aula de Educación Infantil*. *ISL*, 3, 83-95.

Urmeneta, A., (sin fecha). El afrontamiento de la muerte a través de la historia.