

**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Educación**

---

# Propuesta de intervención para trabajar la emoción del miedo en alumnos de Educación Infantil de un aula hospitalaria

---

Trabajo fin de grado presentado por:	Jessica Zambrano Zambrano
Titulación:	Grado de Maestro en Educación Infantil
Línea de investigación:	Propuesta de intervención
Director/a:	Joaquín M. González Cabrera

Bilbao  
19 de junio de 2015

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.8. Métodos pedagógicos.

## **RESUMEN**

El miedo es una de las emociones más frecuentes en los niños de edad temprana, y una de las que más angustia y ansiedad provocan, máxime en un contexto como el hospitalario. El objetivo general es realizar una aproximación teórico-práctica de la inteligencia emocional en niños de entre 3 y 6 años en un aula hospitalaria.

Para contextualizar el trabajo el marco teórico se centra en cuatro aspectos fundamentales. En primer lugar se ha realizado un acercamiento a la inteligencia emocional, analizando el constructo y los orígenes del mismo, además de las teorías de diferentes autores. En segundo lugar se ha profundizado en los aspectos teóricos de la educación emocional, así como de las competencias emocionales. En tercero, se han analizado dos técnicas de regulación emocional: la musicoterapia y la biblioterapia. En cuarto y último, se ha abordado el concepto y funcionamiento de las aulas hospitalarias.

En relación con el marco expuesto, se ha diseñado una propuesta de intervención basada en la exploración de emociones de los niños del aula hospitalaria y del miedo que puedan experimentar debido a su situación. Para ello se ha realizado una serie de actividades que se sirven de las dos técnicas de regulación anteriormente citadas.

**Palabras clave:** Educación Infantil, educación emocional, aulas hospitalarias, miedo, musicoterapia.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	1
1.2. OBJETIVOS.....	2
1.3. METODOLOGÍA GENERAL.....	2
<b>2. MARCO LEGAL.....</b>	<b>3</b>
2.1. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL EN EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN INFANTIL.....	3
2.2. TRATAMIENTO LEGISLATIVO DEL ALUMNADO CON NECESIDADES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	4
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
3.1. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	5
3.1.1. Constructo general de inteligencia.....	5
3.1.2. Los orígenes de la inteligencia emocional.....	6
3.1.3. Modelos sobre inteligencia emocional.....	7
3.1.3.1. Modelo Salovey y Mayer.....	7
3.1.3.2. Modelo Goleman.....	7
3.1.3.3. Modelo Bar-On.....	8
3.2. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL.....	9
3.2.1. Concepto de educación emocional.....	9
3.2.2. Objetivos de la educación emocional.....	9
3.3. COMPETENCIAS EMOCIONALES.....	10
3.3.1. Tipos de emociones.....	10
3.3.2. El miedo ante la enfermedad.....	11
3.3.3. Conciencia y regulación emocional.....	12
3.3.4. Estrategias de regulación emocional.....	14
3.3.4.1. La musicoterapia.....	14
3.3.4.2. La biblioterapia.....	16
3.4. LAS AULAS HOSPITALARIAS.....	18
3.4.1. Definición y origen.....	18
3.4.2. Pedagogía hospitalaria: objetivos.....	19
3.4.3. Actuaciones e interacciones del profesional docente.....	19

<b>4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>20</b>
4.1. PLANTEAMIENTO.....	20
4.2. OBJETIVOS.....	21
4.3. CONTEXTUALIZACIÓN.....	21
4.4. DESTINATARIOS.....	23
4.5. METODOLOGÍA.....	23
4.6. CRONOGRAMA.....	24
4.7. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	25
4.8. ACTIVIDADES.....	26
4.8.1. Musicoterapia.....	27
4.8.2. Biblioterapia.....	32
4.9. EVALUACIÓN.....	38
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>6. LIMITACIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>7. PROSPECTIVA.....</b>	<b>41</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>42</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>45</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla 1 – Tipos de emociones según autor.....	11
Tabla 2 – Tipos de metodología de la musicoterapia.....	15
Tabla 3 – Cronograma de trabajo.....	25
Tabla 4 – Recursos materiales.....	25
Tabla 5 – Actividades de la propuesta.....	26
Tabla 6 – Actividad 1: Canción de bienvenida.....	27
Tabla 7 – Actividad 2: Soy un artista.....	29
Tabla 8 – Actividad 3: Viaje a través de los sentidos.....	30
Tabla 9 – Cuento 1: Os presento a un tal... Hospital.....	32
Tabla 10 – Cuento 2: Doña Pincha Jeringa.....	33
Tabla 11 – Cuento 3: Don Tensio Metro.....	34
Tabla 12 – Cuento 4: Don Mendo Fonendo.....	35
Tabla 13 – Cuento 5: Don Depre Sor.....	36
Tabla 14 – Cuento 6: Don Oto Scopio.....	37
Tabla 15 – Evaluación de la propuesta.....	39
Tabla 16 – Horario del aula.....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Beneficios del cuento o Biblioterapia.....	17
Figura 2 – Duración de las estancias.....	22
Figura 3 – Niveles educativos del alumnado atendido.....	23
Figura 4 – Ficha Canción de bienvenida.....	28
Figura 5 – Ficha Soy un artista.....	30
Figura 6 – Ficha Viaje a través de los sentidos.....	31
Figura 7 – Personaje Cuento 1.....	32
Figura 8 – Personaje Cuento 2.....	33
Figura 9 – Personaje Cuento 3.....	34
Figura 10 – Personaje Cuento 4.....	35
Figura 11 – Personaje Cuento 5.....	36
Figura 12 – Personaje Cuento 6.....	37
Figura 13 – Ficha de registro.....	38

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

Miedo, angustia, incertidumbre, pesimismo, ira y muchas emociones más de connotación negativa o desagradable describen lo que un adulto puede sentir al entrar a un espacio hospitalario. Pues pensemos en el caso de un pequeño, que, sin explicación aparente, se encuentra en esa circunstancia, cuando su único objetivo es correr y jugar y, en definitiva, disfrutar de la vida. Para dar la vuelta a esa situación y contribuir con un granito de arena a ayudar a los niños que pasan por ese duro trance se presenta este trabajo que, con entusiasmo y ganas, pretende mejorar la “vida” educativa y, sobre todo, emocional de los niños y niñas<sup>1</sup> hospitalizados.

Este Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG) también pretende servir como apoyo al personal docente de las aulas hospitalarias para ayudar a los pequeños a afrontar su día a día y regular sus emociones. Además, no deja de lado el otro de los principales objetivos de estas aulas: que los pacientes hospitalizados tengan en la medida de lo posible un normal desarrollo del curso escolar.

La propuesta surge a través del interés por la Inteligencia Emocional (en adelante IE) en Educación Infantil. La experiencia obtenida a lo largo de los años en un centro educativo ha demostrado la importancia de las emociones para la formación integral del individuo y para el desarrollo socioemocional. La dimensión emocional de todo el ser humano resulta fundamental para conocer sus comportamientos.

Otra de las razones que mueve este TFG es la creencia de que para contribuir de manera positiva en los alumnos se antoja necesario fomentar sus potencialidades y conocer todos los aspectos de su desarrollo. De este modo, se podrá incidir en aspectos emocionales que lleven a los niños a autorregular sus emociones. Por tanto, será vital para ellos que adopten una actitud positiva ante la vida.

Por su parte, la propuesta que se presenta se desarrollará en un espacio tan singular como lo es el ámbito hospitalario, por lo que la acción de la enseñanza se verá afectada por ese entorno. El aula hospitalaria deberá contribuir a la normalización del niño hospitalizado, teniendo en cuenta diferentes variables, como las características individuales de los alumnos, la tipología de la enfermedad, la duración de la hospitalización, etc.

---

<sup>1</sup> En adelante, se referirá a ambos sexos a través del género gramatical masculino.

## **1.2. OBJETIVOS**

El objetivo general es realizar una aproximación teórico-práctica de la inteligencia emocional en niños de Educación Infantil en un aula hospitalaria.

Para ello, se trabajarán los siguientes objetivos específicos:

- Revisar el marco legal vigente sobre educación emocional en la etapa de Infantil y sobre las aulas hospitalarias.
- Profundizar en aspectos teóricos sobre la inteligencia y la educación emocional.
- Explorar las emociones básicas y el miedo ante la enfermedad.
- Analizar la musicoterapia y biblioterapia como técnicas de regulación emocional.
- Abordar el concepto y funcionamiento de las aulas hospitalarias.
- Diseñar una propuesta de intervención para trabajar las competencias emocionales en alumnos de 3 a 6 años.

## **1.3. METODOLOGÍA GENERAL**

Para la elaboración de este TFG, en primer lugar se ha realizado una revisión bibliográfica y conceptual que se ha centrado en cuatro pilares: 1) inteligencia emocional; 2) educación emocional; 3) competencias emocionales, y 4) las aulas hospitalarias.

Esta revisión se ha llevado a cabo mediante la búsqueda de diferentes tópicos como educación emocional, inteligencia emocional, aulas hospitalarias, tipos de emociones, biblioterapia, musicoterapia etc. Así, se ha acudido a bases de datos eminentemente digitalizadas como el repositorio UNIR o TESEO y en la base de datos digitalizada proporcionada por Dialnet. La prioridad que se ha establecido ha sido la búsqueda de artículos y trabajos que posean por título los tópicos anteriormente señalados.

Los autores más relevantes en cuanto a la materia han sido los puntos de referencia a la hora de buscar la información requerida. Algunos de estos son: Daniel Goleman, Valentín Martínez-Otero Pérez, Robert Sternberg, Peter Salovey, John D. Mayer y Howard Gardner. A través de sus teorías se ha intentado crear un marco teórico que sirva de sustento para una propuesta de intervención de calidad. También se ha tomado como punto de interés los trabajos y publicaciones de otros psicólogos como Vicenç Arnaiz y Rafael Bisquerra, especialmente en lo que respecta a la educación emocional.

Los datos recopilados se han contrastado con la propia experiencia profesional, por lo que la selección, revisión y análisis de la misma se ha ajustado a la relevancia del marco teórico y

siempre teniendo presentes los objetivos que se persiguen conseguir mediante el presente TFG.

Posteriormente, tras la revisión documental, se ha realizado una propuesta de intervención destinada a trabajar las competencias emocionales de los alumnos asistentes a las aulas hospitalarias. La propuesta se centra en el aula educativa del Hospital universitario de Araba, sede Txagorritxu. Para poder cumplir los objetivos planteados, la propuesta acoge los siguientes apartados: planteamiento, objetivos, contextualización, destinatarios, cronograma, metodología, recursos materiales, actividades planteadas y una evaluación para valorar la intervención.

## **1. MARCO LEGAL**

### **2.1. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL EN EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN INFANTIL**

El presente trabajo tiene como referentes legales las principales leyes y decretos de Educación, y en especial las de Educación Infantil, como son la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), junto con la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE); además de los Decretos 12/2009, de 20 de enero, por el que se establece el currículo de la Educación Infantil y se implantan estas enseñanzas en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

A pesar de que estas bases legislativas no recogen específicamente la educación emocional como tal, tanto los objetivos, competencias como los contenidos del currículo hacen referencia a aspectos esenciales para el desarrollo del niño. De este modo, el Decreto 12/2009, apunta que la Educación Infantil contribuirá a desarrollar en los niños las competencias que les permitan “desarrollar sus capacidades emocionales y afectivas para formarse una imagen positiva y ajustada de sí mismo” así como “adquirir una progresiva autonomía en sus actividades habituales para desarrollar iniciativa y confianza en sí mismo” (art.7). Estos dos aspectos se presentan como pilares para la elaboración del presente TFG.

Además, la LOMCE recoge que uno de los fines de la Educación Infantil será la de contribuir al desarrollo afectivo del niño (art.2) y estructura las enseñanzas mínimas en tres áreas, una de las cuales será el conocimiento de sí mismo y autonomía personal (art. 6). De este modo, el ámbito afectivo queda ampliamente reflejado en cualquier ley o decreto de Educación Infantil, por lo que se presenta esencial que los alumnos desarrollen las capacidades emocionales a lo largo de toda la etapa.

## **2.2. TRATAMIENTO LEGISLATIVO DEL ALUMNADO CON NECESIDADES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA**

En el área de la atención hospitalaria, este TFG tendrá como base legislativa el Decreto 266/2006, de 20 de diciembre, por el que se crearon los Centros Territoriales para la atención educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa de la Comunidad Autónoma Vasca (en adelante CAV).

Anteriormente, El Decreto 160/1994, de 19 de abril, del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, sobre derechos y deberes de los alumnos de los centros docentes no universitarios de la CAV preveía que en caso de accidente o de enfermedad los alumnos que cursasen enseñanzas obligatorias tendrían derecho a la ayuda precisa para que el accidente o enfermedad no supusiese detrimento de su rendimiento escolar (art. 14.1).

Por su parte, el Decreto 118/1998, del 23 de junio, del Departamento de Educación Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, de ordenación de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales, recogía en su artículo 25 que la respuesta al alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de hospitalización y enfermedades se realizaría en el contexto hospitalario mediante unidades escolares o por medio de seguimiento y apoyo domiciliario.

Así, tal como recoge el Decreto 266/2006, el objetivo es el “apoyo educativo al alumnado que no pueda asistir a su centro escolar por prescripción médica, ya sea por encontrarse hospitalizado en una institución sanitaria, en hospitalización domiciliaria o por estar incluido en un programa terapéutico educativo” (art. 3).

Los centros educativos de la CAV dependen de las Delegaciones Territoriales de Educación, sin perjuicio de las funciones de supervisión que correspondan a la Inspección Educativa (266/2006, art. 5).

Además, estos centros deberán organizar su funcionamiento en tres ámbitos: el ámbito de apoyo hospitalario, en el que se propone la intervención del presente TFG; el ámbito de apoyo domiciliario para la atención al alumnado en régimen de hospitalización en domicilio; y el ámbito de atención terapéutico educativo que desarrolla su intervención en Unidades de Día (266/2006, art. 7).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL**

#### **3.1.1. Constructo general de inteligencia**

Para comprender la IE y sus componentes, es necesario analizar el constructo general de inteligencia. La inteligencia es un término que empezó a tomar fuerza a comienzos del siglo XX, con las investigaciones de autores como Binet o Stern, éste último que creó el concepto de cociente intelectual para medir la inteligencia, una falsa pero extendida creencia que relacionaba directamente el éxito con la capacidad intelectual (Goleman, 1998).

En muchos casos, la inteligencia está relacionada a la habilidad o el potencial de cada individuo, que resulta muy complicado de cuantificar. Pero en cualquier caso, es un término muy amplio que ha suscitado numerosas opiniones y diversidad de teorías. Se puede considerar por tanto como un concepto plural y complejo dependiente del enfoque e instrumentos utilizados (Martínez-Otero, 2007). Incluso la RAE muestra varias definiciones del término de inteligencia: “capacidad de entender y comprender, capacidad de resolver problemas, conocimiento, comprensión, acto de entender”.

En cuanto al estudio científico de la inteligencia, actualmente se presentan tres perspectivas de la inteligencia (Martínez-Otero, 2007):

- 1) Perspectiva diferencial, en la que destaca la dimensión aptitudinal de la persona.
- 2) Perspectiva cognitiva, que estudia las estructuras y procesos mentales de la actividad inteligente (cómo se adquiere la inteligencia).
- 3) Perspectiva evolutiva, que trata el origen y el desarrollo de la inteligencia.

Distintos modelos propuestos por autores como Spearman, Thrustone y Guilford se acercan a la perspectiva diferencial de la inteligencia con sus teorías. En la base de Spearman y Thrustone se encuentran teorías compatibles, mientras que Guilford apuesta por la inteligencia como una suma de diferentes factores independientes (Martínez-Otero, 2007).

Teorías posteriores han ido sustituyendo el concepto unilateral de inteligencia por la idea de las inteligencias múltiples de Gardner (1983). Es por ello que las investigaciones más recientes han aportado nuevas perspectivas sobre la inteligencia, con una visión mucho más amplia y que engloba otros factores determinantes como son los emocionales.

Por todo ello, y siguiendo la teoría de Yela (1987), se podría sintetizar que la inteligencia no es simple, sino compleja; que además es modificable y que actúa integrada en la personalidad de cada individuo.

### **3.1.2. Los orígenes de la Inteligencia Emocional**

La IE es un constructo objeto de gran interés y de análisis en las últimas dos décadas. En el ámbito de la educación se presenta como un elemento transversal y un componente fundamental para la formación holística de los alumnos (Martínez-Otero, 2007). La IE se puede desarrollar a lo largo de la vida del individuo, esto es, por una parte, su grado de desarrollo no está determinado genéticamente; y por otro, constituye un proceso de aprendizaje que no se desarrolla exclusivamente durante la infancia. Por tanto, a medida que cada individuo maneja mejor sus emociones e impulsos desarrolla la IE (Goleman, 1998).

El constructo teórico de IE se popularizó en la década de los 90 gracias al psicólogo y periodista americano Goleman (1996), a pesar de que anteriormente otros autores como Gardner (1983) ya pincelaban las primeras ideas del término una década antes con sus inteligencias múltiples. Salovey y Mayer (1990) formularon sus primeros elementos teóricos sobre la inteligencia emocional en el año 1990, un modelo basado en las habilidades emocionales básicas que tiene una concepción metacognitiva de la emoción. Mayer, Caruso y Salovey (2000) concibieron posteriormente la IE de tres formas: como habilidad mental, como movimiento cultural y como un rasgo de la personalidad.

De este modo, Goleman se presenta como uno de los divulgadores del tema que utilizó los desarrollos de Gardner y los estudios de Salovey y Mayer para llevarlos a otros planos y poner de relieve la importancia de las emociones en su *best seller* "Inteligencia Emocional". Goleman (1996) diferencia la inteligencia general de la IE y eleva la importancia de la segunda sobre la primera, ya que partiendo de la base de que la IE se puede trabajar y aprender, sigue la máxima de que todo el mundo puede llegar a ser emocionalmente inteligente. Su teoría también da la vuelta a lo que hasta la fecha se había tenido como referente y pone en un mayor nivel lo emocional ante lo racional, a los rasgos de la personalidad de la persona. Asimismo afirma que "los centros cerebrales primitivos de la emoción albergan las habilidades necesarias tanto para gobernarnos adecuadamente a nosotros mismos como para desarrollar nuestras aptitudes sociales" (Goleman, 1998, p.10).

### **3.1.3. Modelo sobre la Inteligencia Emocional**

#### *3.1.3.1. Modelo Salovey y Mayer*

El primer acercamiento de Salovey y Mayer (1990) a la IE se desarrolló en la década de los 90, con la creencia de que la IE consistía en la habilidad para manejar emociones y que éstas sirviesen para orientar las acciones y los sentimientos de cada individuo. De este modo definían la IE: “La capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios” (1990, p. 189).

En años posteriores fueron reformando esta definición hasta llegar a la conclusión de que en la IE se engloban habilidades exclusivas del ser humano, que se trata de un tipo de inteligencia social y que se estructura en cuatro habilidades integrantes (Salovey y Mayer, 1997):

- a) La percepción emocional, como la habilidad de percibir las propias emociones y las de los demás.
- b) La facilitación emocional del pensamiento, sentir las emociones como necesarias.
- c) La comprensión emocional, saber apreciar los significados emocionales.
- d) La regulación emocional, para promover el crecimiento emocional e intelectual.

#### *3.1.3.2. Modelo Goleman*

El modelo Goleman (1996) refiere la IE como un modelo mixto (junto con el de Bar-On, 1997) basado en los rasgos de la personalidad. En este caso, la IE se presenta como la capacidad para establecer relaciones con nuestros sentimientos y responder a los estados de ánimo de otras personas. Además distingue dos tipos de competencias, las sociales y las personales, y las diferencia como un conjunto de habilidades y rasgos personales.

De este modo, el modelo Goleman (1998) está basado en las competencias emocionales que se puede resumir en cinco habilidades:

- Conocimiento de las propias emociones: se presenta como uno de los puntos más importantes de la IE y se refiere a la capacidad de reconocer los propios sentimientos. El déficit de esta competencia supondría en el individuo la presencia de emociones descontroladas.
- Capacidad de controlar las emociones: esta competencia está relacionada con el autocontrol de los sentimientos, una habilidad que facilitará las relaciones interpersonales. El manejo de las emociones se presenta como una habilidad básica.

- Capacidad de automotivarse: la motivación está directamente relacionada con los logros de los individuos, ya que las emociones tienden a impulsar las acciones. Por lo tanto, los individuos que poseen estas habilidades suelen realizar actividades más efectivas y productivas.
- Reconocimiento de las emociones ajenas: se presenta como la capacidad de sintonizar con las demás personas a través de una actitud empática, por lo que la empatía será fundamental en esta competencia. El saber reconocer los sentimientos y las necesidades de otras personas es una competencia básica en este modelo.
- Control de habilidades sociales: la competencia social es la base del liderazgo y de la eficiencia para interactuar con los demás. Las personas que son capaces de manejar las emociones de los demás establecen relaciones interpersonales con mayor facilidad.

Por lo tanto, el modelo de Goleman (1998) incluye motivación, autocontrol, entusiasmo, liderazgo, innovación, iniciativa, optimismo, trabajo en equipo, etc. y otros tipos de competencias complementarias a las de la inteligencia académica.

### 3.1.3.3. *Modelo de Bar-On*

Para Bar-On (1997) la IE es un “conjunto de capacidades no-cognitivas, competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar exitosamente las presiones y demandas ambientales” (p.14). A este modelo se le atribuye el término del Coeficiente Emocional (CE), que tiene como base el bienestar psicológico.

Sus teorías de basan, al igual que en el modelo de Goleman (1998), en un modelo mixto que tiene como factores principales:

- La percepción de uno mismo
- La expresión de uno mismo
- La competencia interpersonal
- La toma de decisiones y el manejo de estrés

Por ello, combina dimensiones de la personalidad del individuo con habilidades emocionales. De este modo, habilidades como la felicidad, optimismo, empatía, autoestima, tolerancia, flexibilidad o independencia serían la base de este modelo.

Posteriormente, Bar-On (2006) relacionó las competencias sociales y emocionales con el modo y, en muchos casos, el éxito, con el que las personas nos relacionamos con nosotros mismo y con nuestros iguales y con cómo se afrontan las situaciones del día a día. Su

objetivo, sin embargo, continuó siendo el mismo: encontrar la clave socio-emocional para el mejor bienestar psicológico posible del individuo.

## **3.2. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL**

### **3.2.1. Concepto de educación emocional**

La inteligencia se convierte en un proceso educativo a través de la educación emocional, y en el contexto de este TFG es el modo en la que se llevará la IE al aula hospitalaria. En palabras de Bisquerra (2000), la educación emocional “pretende potenciar el desarrollo de la persona, con objeto de capacitarle para la vida” (p. 243). Es por tanto una competencia necesaria para incidir en la forma positiva del bienestar social y personal y en definitiva necesaria para el desarrollo integral de cada persona.

A través de la educación formal no es posible abarcar ni dar respuesta a todas las necesidades sociales, por ello se muestra tan relevante la educación emocional, para trabajar un ámbito de vital importancia para el desarrollo del ser humano. El objetivo será proporcionar herramientas con las que trabajar el desarrollo de las competencias emocionales además de prevenir posibles factores de riesgo para construir el ansiado bienestar personal. La conciencia emocional, la regulación de las emociones, la motivación, la emoción y el bienestar subjetivo y las habilidades socio-emocionales son algunas de las competencias que pretende favorecer este constructo. La educación emocional se presenta de este modo como un proceso educativo, permanente y continuo que persigue una metodología práctica (Bisquerra, 2003).

### **3.2.2. Objetivos de la educación emocional**

Para trabajar los aspectos emocionales en las aulas, se deberán tener claros cuáles son los objetivos generales de la educación emocional. Según Bisquerra (2003), estos objetivos pueden resumirse en los siguientes términos:

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- Identificar las emociones de los demás.
- Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones.
- Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- Desarrollar la habilidad de automotivarse, entre otros.
- Trabajar la competencia emocional.
- Adoptar una actitud positiva ante la vida.
- Aprender a fluir.

Por ello, será importante plantear actividades destinadas a conocer y expresar las emociones, otras que permitan percibir las emociones de los demás, así como plantear juegos que permitan el desarrollo de la autonomía y satisfacción personal.

De estos objetivos generales, dependiendo del contexto y del destinatario, se pueden derivar otros objetivos, que en el caso de los asistentes a las aulas hospitalarias pueden ser tales como controlar la ansiedad y las situaciones depresivas, desarrollar resistencia a la frustración y fomentar el bienestar subjetivo. Además, en este sentido también sería correcto lograr un lenguaje fluido y extenso sobre las emociones (Bisquerra, 2003).

### **3.3. COMPETENCIAS EMOCIONALES**

#### **3.3.1. Tipos de emociones**

Para conocer el concepto de educación emocional resulta imprescindible tener presente el concepto de emoción. Para Martínez-Otero (2007), las emociones tienen una función adaptativa. Las emociones se transmiten en determinadas circunstancias, se podría decir que “son contagiosas”. Además, el desarrollo de esas emociones será fundamental para la evolución del individuo.

Existe un gran número de investigaciones y trabajos científicos sobre el constructo de emoción, desde Charles Darwin hasta William James, pasando por Carl Lange y Paul Ekman. Las emociones implican multitud de factores, como la voz o las expresiones faciales. Todas ellas se deberán tener en cuenta a la hora de analizar el estado emocional de cualquier persona. Para realizar una clasificación de las emociones, es importante diferenciar las emociones básicas o primarias de las complejas o secundarias (Martínez-Otero, 2007).

Para Martínez-Otero (2007), las primeras son adaptativas y se muestran desde los primeros compases de vida, además, tienen carga genética. Por su parte, las complejas o secundarias hacen referencia a los aspectos que tienen que ver con la religión, la cultura, etc., y necesitan un desarrollo cognitivo previo que permita mayor complejidad de análisis intelectual respecto a las situaciones. Por ello, pueden ser diferentes en cada persona. Dentro de cada grupo se pueden encontrar emociones agradables y desagradables. Destacan, asimismo, el número de emociones negativas sobre las positivas, ya que las primarias cumplen un papel más centrado en la adaptación y tienen un significado filogenético asociado a la supervivencia (Bosch, 2009).

En cuanto al número de emociones básicas, se pueden encontrar diferentes clasificaciones según cada autor, pero en general el número oscila entre dos y ocho (ver tabla 1). Martínez-Otero (2007) habla de cuatro: alegría, miedo, vergüenza y cólera. El psicólogo

Paul Ekman (1972, citado en Universidad Complutense de Madrid, 2010) habla de seis: cólera, felicidad, sorpresa, asco, tristeza, miedo. Para Plutchik (1980, citado en Universidad Complutense de Madrid, 2010), creador de La Rueda de las Emociones, serían ocho: alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira, anticipación.

Tabla 1. Tipos de emociones según autor

TIPOS DE EMOCIONES		
Martínez-Otero (2007)	Ekman (1972, citado en Universidad Complutense de Madrid, 2010)	Plutchik (1980, citado en Universidad Complutense de Madrid, 2010)
1. Alegría	1. Cólera	1. Alegría
2. Miedo	2. Felicidad	2. Confianza
3. Vergüenza	3. Sorpresa	3. Miedo
4. Cólera	4. Asco	4. Sorpresa
	5. Tristeza	5. Tristeza
	6. Miedo	6. Aversión
		7. Ira
		8. Anticipación

Fuente: elaboración propia.

### 3.3.2. El miedo ante la enfermedad

El miedo es una de las emociones más frecuentes en los niños de edad temprana, y una de las que más angustia y ansiedad provocan. Las manifestaciones de angustia o miedo pueden aparecer desde el momento en el que el niño nace, y lo acompañará a lo largo de su vida: miedo a la separación de los padres, miedo a los desconocidos, miedo al primer día en la escuela, etc.

La función primordial del miedo es la supervivencia. Su misión sería conducir a los organismos a distanciarse de los depredadores. La causa puede ser cualquier estímulo que el individuo considere amenazante o la ausencia de algo que proporciona inseguridad. Ese temor afecta a nuestros pensamientos, en primer lugar, interrumpiendo los procesos cognitivos que se están realizando. Posteriormente, se centra la atención y la expresión en el estímulo temido y como consecuencia disminuye la capacidad reflexiva y ello implica inseguridad respecto a la propia capacidad de hacer las cosas (Martínez-Otero 2007).

Ante la enfermedad u hospitalización, el niño padece un impacto psicológico, que puede afectar al estado emocional y manifestarse a través de alteraciones comportamentales. Cuando se diagnostica una enfermedad en un niño, ese miedo puede verse intensificado por otros factores, como pueden ser el desconocimiento de la situación, la separación de la familia, la aprensividad ante el instrumental médico, etc. Todo ello puede presentar un desequilibrio en el que el niño se expone al dolor o al sufrimiento (Hernández y Rabadán, 2013). Será importante, por tanto, que los niños aprendan a controlar ese miedo que puede agravar la situación. El objetivo será que desarrollen una personalidad más segura y que sean capaces de expresar esa emoción a otras personas para poder regularla.

Para Carrasco (2008) los miedos más frecuentes de los niños hospitalizados serían el temor a una situación nueva que no controlan, los tratamientos médicos, secuelas y efectos secundarios y, como miedo extremo, la muerte. Además de estos miedos, pueden reaparecer o verse intensificados otros más básicos, como el miedo a la soledad o la oscuridad. Estos miedos pueden verse condicionados por diversos factores:

- La edad el niño.
- El tiempo de hospitalización.
- La actitud de la familia.
- El tipo de patología.
- El conocimiento o desconocimiento del diagnóstico.

Las características personales del paciente también influirán en los miedos que puedan surgir. Será importante tener en cuenta que ese miedo puede tener en los niños una repercusión negativa en su desarrollo, y les puede generar inseguridades, traumas o fobias. A continuación se muestran dos estrategias de regulación emocional para utilizar en el aula hospitalaria mediante actividades destinadas a los pacientes, que ayudarán a los alumnos a afrontar las emociones desagradables y el día a día.

### **3.3.3. Conciencia y regulación emocional**

Interpretar los estados de ánimo de los individuos será fundamental para llevar a cabo cualquier práctica educativa, además de para muchos otros factores de la vida. La afectividad puede intervenir de forma directa en los objetivos que se consigan, por ello, es importante reconocer la manera en la que las emociones afectan a las acciones que se llevan a cabo (Martínez-Otero Pérez, 2007).

En este sentido juega un papel fundamental la conciencia emocional que es la capacidad para tomar conciencia de nuestras propias emociones (Bisquerra, 2003). Dentro

de la conciencia emocional, Goleman (1998) incluye dos aspectos importantes: “la valoración adecuada de uno mismo, el reconocimiento de nuestros puntos y debilidades; y la confianza en uno mismo, el coraje que se deriva de la certeza de nuestras capacidades, valores y objetivos” (p.62). Bisquerra (2003), sin embargo, especifica dentro de la conciencia emocional cuatro aspectos:

1. La toma de conciencia de las propias emociones.
2. Dar nombre a las emociones.
3. Comprender las emociones de los demás.
4. Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento.

Por tanto, la conciencia emocional constituye una competencia emocional fundamental y será el primer paso para poder adquirir otras competencias emocionales. De este modo, las personas que carezcan de esta capacidad se presentarán más vulnerables y podrán verse desbordados por sus emociones. Sin embargo, dotados de esta competencia podrán conocer el modo en el que sus sentimientos influyen sobre su rendimiento y controlar situaciones desfavorables (Martínez-Otero, 2007).

La regulación emocional se presenta como la otra cara de la moneda. Mientras que la conciencia emocional se puede definir como la toma de conciencia de las emociones, la regulación emocional supone la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Para Thompson (1994) sería “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y procesos fisiológicos” (p.106). No se basa en la emoción que cada individuo tiene, sino en el manejo que hace de ella; el establecer relaciones entre el comportamiento que cada individuo lleva a cabo con la cognición y las emociones. Para la regulación emocional es importante reseñar que no existen emociones buenas ni malas, la clave estará en saber gestionarlas.

En relación al proceso de regulación, predominan dos fenómenos que la facilitan. Por una parte, el entonamiento emocional y, por otra, la referencia social. A través del entonamiento emocional el adulto podrá ayudar al niño a regular una emoción, en primer lugar, reconociendo su emoción, y en segundo, mostrándole apoyo para subir o disminuir su estado de emoción. Por su parte, la referencia social estaría en el otro polo, y en esta ocasión, es el niño el que toma como referencia al adulto para extraer información sobre el entorno (Stern, 1985).

Tanto la conciencia emocional como la regulación emocional se enmarcan en las competencias emocionales personales, junto con la motivación, y determinan el modo en que cada individuo se relaciona consigo mismo. En la otra orilla se situarían las competencias emocionales sociales, empatía y habilidades sociales (Goleman, 1998). Y es que los adultos de referencia pueden influir notablemente en la experiencia y expresión de las emociones de los alumnos, de ahí la importancia de tomar conciencia de ellas y saber regularlas.

### **3.3.4. Estrategias de regulación emocional**

Las estrategias de autorregulación ayudarán a los niños a afrontar situaciones desfavorables o de conflicto. Existen multitud de habilidades o técnicas para afrontar esas situaciones y gestionar la intensidad de las emociones. En las siguientes líneas se recogen dos disciplinas en pleno auge desde hace algunos años. Una de ellas es la musicoterapia o la terapia a través de la música. Son muchos los centros escolares y hospitalarios que la utilizan para gestionar las emociones. Junto a ella se analizará la biblioterapia, o la utilización de la literatura para regular sentimientos y emociones. En las aulas hospitalarias irá centrada en emociones como el miedo y la angustia.

#### *3.3.4.1. La musicoterapia*

Partiendo de la premisa de que la educación emocional es fundamental en el ser humano, la musicoterapia es una técnica que podría emplearse para paliar carencias o trastornos en el área de la inteligencia emocional. Para la pedagoga y psicoterapeuta Poch (2001), se trata de una terapia creativa que, a través de la música, previene, restaura y acrecienta la salud física, mental y psíquica valiéndose de la emoción que provoca en el ser humano. “Lo que realmente cura o ayuda es la emoción que sugiere la obra de arte” (Poch 2001, p. 93). De este modo, la finalidad general de la musicoterapia es ayudar al ser humano. No se trata de un método de Educación Musical, sino de una terapia con unos objetivos concretos en cada caso, en la que tiene una importancia relevante que el paciente pueda llegar a expresarse a través de esta técnica. Para García (1989), la música tiene tres efectos sobre la conducta humana:

- a) Efecto emocional.
- b) Efecto de guía.
- c) Proporciona gratificación.

Estos tres son también el pilar de la musicoterapia curativa, que se utiliza en los centros hospitalarios con adultos y niños con diferentes tipologías. En este sentido, unos de los objetivos de esta técnica será que aporte seguridad a los enfermos. Por su parte, para Poch

(2001) “la música induce, crea y recrea estados de ánimo” (p.110), aspectos que serán fundamentales para el tratamiento de cualquier enfermedad.

Para implantar en el aula hospitalaria una adecuada sesión de musicoterapia se presenta necesario tener claras cuáles son las ventajas que puede aportar como herramienta terapéutica. Para Salamanca (2003) la música resulta eficaz por los siguientes motivos:

- Actúa sobre el sistema nervioso y sobre los tejidos musculares, por lo que puede modificar el ritmo respiratorio y cardiaco.
- Estimula y relaja cuerpo y mente.
- Es un modo de expresión.
- Evoca sentimientos y emociones.
- Aumenta la conciencia sobre uno mismo.
- Facilita el aprendizaje.

Asimismo, para Salamanca (2003), la música como herramienta terapéutica podría utilizarse se diferentes modos:

1. Música grabada: el paciente es el que se adapta a la música.
2. Música adaptada: el paciente es el que crea la música, por lo que es la música la que se amolda a las características del paciente. Con ella se trabaja la atención, autoestima, memoria, etc.
3. Música improvisada: el paciente expresa espontáneamente cómo es y está en ese momento. Un momento musical totalmente libre.

En cuanto a la metodología a llevar a cabo, se pueden distinguir entre la musicoterapia activa y la musicoterapia pasiva (ver tabla 2).

*Tabla 2. Tipos de metodología de la musicoterapia*

	<b>Musicoterapia activa</b>	<b>Musicoterapia pasiva</b>
<b>Participante</b>	Sujeto activo de su propio proceso terapéutico	Realiza un proceso de escucha
<b>Acción</b>	Conlleva una acción externa visible	No implica acción externa del paciente

<b>Objetivos</b>	Fomentar la creatividad, explorar emociones y sentimientos, crear actividad	Aliviar estrés y ansiedad, mejorar concentración y creatividad
<b>Ejemplo</b>	Improvisación musical	Cuencos tibetanos

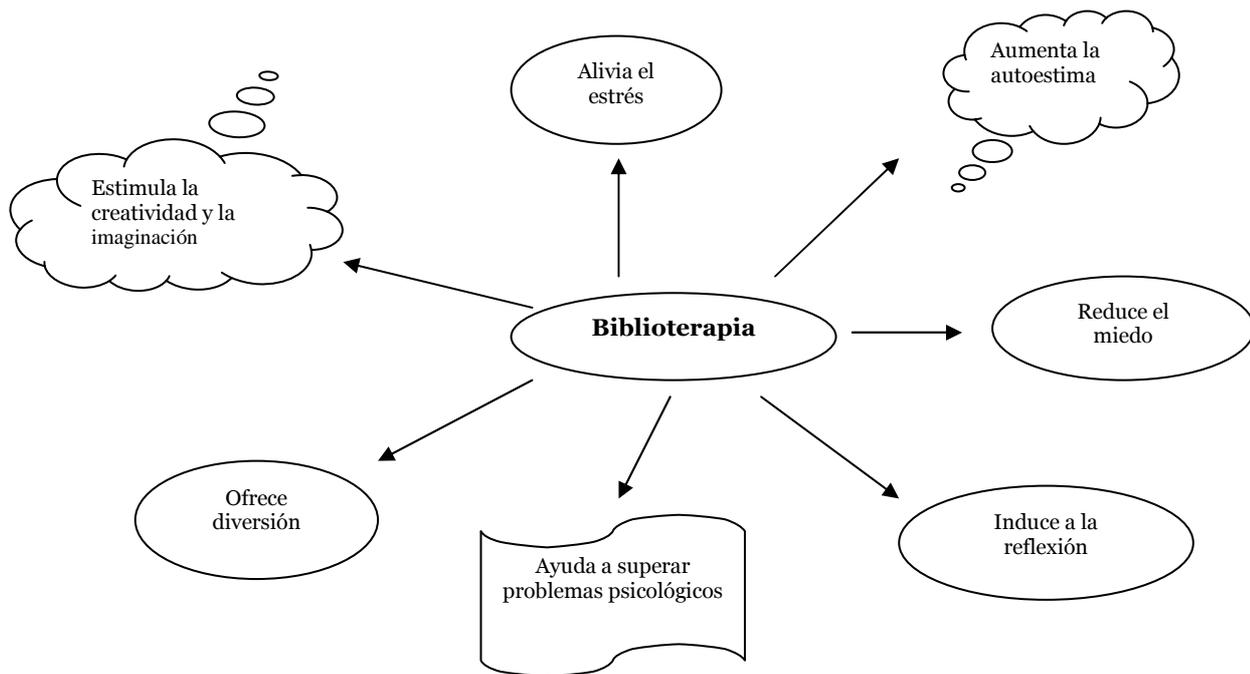
Fuente: adaptado de Salamanca, 2003.

### 3.3.4.2. *La biblioterapia*

La literatura se presenta en las aulas hospitalarias como una herramienta que contribuye al bienestar emocional del niño. Se utiliza en muchas ocasiones como un instrumento terapéutico para conseguir diversos objetivos (Hernández y Rabadán, 2014):

- Reducir la ansiedad.
- Comprender la realidad a la que se enfrentan.
- Superar miedos.
- Modificar actitudes.
- Trabajar aspectos educativos.
- Favorecer la adaptación al centro sanitario.
- Adquirir información relativa a la enfermedad.

De este modo, a través de lecturas o narraciones de los denominados “cuentos curativos” el niño enfermo podrá meterse en la piel de los personajes de las historias que afrontan situaciones similares a la suya o hacer frente a los problemas psicológicos que surgen después del diagnóstico de la enfermedad. En definitiva, el objetivo principal será el uso de la magia de los cuentos y de las letras para la recuperación de pacientes a través del auto-reconocimiento de las situaciones presentadas en los libros (Hernández y Rabadán, 2014).



*Figura 1. Beneficios del cuento o biblioterapia (Elaboración propia).*

Sin embargo, la biblioterapia no deberá utilizarse en el aula como una herramienta sin planificar. Necesitará de un estudio previo de las necesidades de cada alumno (enfermedad, edad, etc.) y se deberán fijar la temática y objetivos que se pretenden conseguir. Para Martínez (2006) a través de la utilización de la literatura infantil terapéutica en el aula el paciente pasará por cuatro fases:

1. Identificación: el niño se identificará con el personaje del cuento, que será importante que sea de una edad similar.
2. Proyección: la valoración de los acontecimientos descritos en la historia posicionan al niño ante la proyección de la trama.
3. Catarsis: cuando la proyección sea plena, el niño se implicará emocionalmente en la misma a través del proceso de catarsis que libera sentimientos.
4. Autoconocimiento: una vez entendida la historia el niño podrá auto-reconocer como suyas las historias presentadas, y a través de la reflexión podrá entender que sus problemas también podrán ser resueltos.

Uno de los recursos que más posibilidades ofrece en Educación Infantil para la lectura de cuentos es la técnica Kamishibai. El término Kamishibai proviene del japonés, cuyo significado sería “teatro de papel”. Esta técnica nació en Japón hace varios siglos, pero en las últimas décadas ha sobrepasado las fronteras y se ha implantado en las aulas como recurso

de enseñanza (Cid, 2009). Los primeros atisbos del Kamishibai se dieron en Japón con los rollos ilustrados maki-e, que utilizaban los monjes budistas en el siglo XII. En Asia proliferaron sobre todo tras el desastre de la Segunda Guerra Mundial (Cid, 2009). El Kamishibai posee un componente visual muy importante. Cada cuento se compone de diferentes láminas que conjugan una serie de ilustraciones a color que resumen el significado de la acción (por la parte visible para los alumnos) con el texto, en la parte trasera de la lámina (Cid, 2009). Estas láminas se insertan en un teatrillo, normalmente de madera, con dos puertas a modo de ventana que, una vez abiertas, queda como un tríptico. El intérprete se pondrá detrás del teatrillo e irá desplazando las láminas una tras otra, por lo que el intérprete quedará oculto para los alumnos. De este modo, toda la expresión e ideas de la historia, como los personajes, deberán ir representados a través de la voz.

Las principales características de las láminas que componen el Kamishibai son las siguientes (Aldama, 2005):

- Dibujos grandes, impactantes y de trazos simples.
- Textos sencillos claros y directos.
- Frases cortas y uso de formas verbales sencillas.
- Personajes dibujados de cara a la audiencia .

Además, para Aldama (2006) esta técnica aporta múltiples beneficios, entre los que se encuentran:

- Desprende un carácter mágico .
- Los oyentes focalizan la atención en el dibujo.
- Experimentación de sensaciones en grupo.
- No despistan agentes externos, como la cara del narrados, por lo que la concentración sobre la historia es máxima.

### **3.4. LAS AULAS HOSPITALARIAS**

#### **3.4.1. Definición, origen y destinatarios**

El concepto de aula hospitalaria es un campo educativo relativamente nuevo, los primeros atisbos se dieron a mediados del siglo XX, y un ámbito poco estudiado hasta ahora. El aula hospitalaria más antigua de España se creó en Madrid en 1947 (Ariza, 2014).

Las aulas hospitalarias surgieron ante la necesidad de dar atención pedagógica a los niños hospitalizados. En ellas, son atendidos niños con cualquier tipo de problema de salud, trastornos físicos, operaciones, traumatismos etc., que correspondan a la edad pediátrica, es

decir, de 3 a 14 años. Por lo que se atiende tanto escolar como educativamente a los pacientes ingresados.

Además, dependiendo del tiempo de estancia en el hospital, se distinguen tres tipos de destinatarios: de larga estancia, más de 30 días; de media estancia, entre 15 y 30 días, y de corta estancia, los niños hospitalizados menos de 15 días (Hospital de Cruces, 2000).

En los últimos años, se han convertido en referente dentro del ámbito del hospital y día a día surgen nuevas iniciativas y proyectos para trabajar en ellas. El cambio desde su creación ha sido considerable; en un primer lugar, se centraba en dar atención pedagógica, hoy en día, premian las necesidades socioafectivas de los alumnos asistentes, y se complementa con enseñanzas pedagógicas.

### **3.4.2. Pedagogía hospitalaria: objetivos**

El objetivo general de las aulas hospitalarias consiste en permitir a los niños que por diversas razones son ingresados tengan un normal desarrollo del curso escolar, para que no experimenten retroceso en el nivel académico. Este objetivo surge del derecho de toda persona a la educación, sea cuál sea su procedencia o circunstancia (Ariza, 2014).

Partiendo de esa premisa, y dependiendo de las características específicas del aula, surgen otros objetivos específicos relacionados con la vinculación al medio, la autonomía personal, la comunicación y la relación social. En definitiva, las aulas hospitalarias persiguen que el paciente hospitalizado tenga la mayor calidad de vida posible y que puedan disfrutar de un espacio de seguridad para ellos. Por su parte, se trata de un espacio apropiado para que los pacientes puedan relacionarse con sus iguales, para compartir experiencias que ayuden a su integración socioafectiva.

El aula hospitalaria es un mundo donde los pacientes, trabajadores y familiares se mueven entre emociones entre las que predominan el miedo, sufrimiento, angustia, incompreensión, etc., y entre sentimientos como el dolor. Cuando el niño enferma no enferma solo físicamente, sino también psíquicamente, por lo que se debe trabajar de manera integral, sin olvidar a las familias (Ariza, 2014).

### **3.4.3. Actuaciones e interacciones del profesor docente**

La atención a los alumnos debe ser especial, por lo que se debe tener tacto en la preparación psicológica de los docentes. Además de llevar a cabo su desarrollo docente, el profesional del aula hospitalaria debe desarrollar actitudes de apoyo al niño y de escucha tanto al enfermo como a sus familiares (Hernández y Rabadán, 2013).

Para un mejor desarrollo de la actuación docente, los criterios de actuación se podrán fijar con otros profesionales del centro. En cualquier caso, la labor principal del docente será crear un lazo de unión con el alumno, para favorecer el desarrollo de la autoestima y la comunicación. Además, deberá considerar al grupo como un espacio en el que todos los enfermos tendrán cabida y realizar actuaciones centradas en la diversidad de cada alumno. La intervención del docente también deberá favorecer la interrelación de los alumnos para evitar su aislamiento y rechazar situaciones discriminatorias para, en todo caso, prevenir las conductas negativas (Hospital de Cruces, 2000).

Cuando se habla de la labor docente o actuación en un aula hospitalaria surge un concepto muy importante: la coordinación. La coordinación, que resulta imprescindible para llevar a cabo la intervención educativa, se realizará con diferentes profesionales y órganos (García, 2014):

- Personal sanitario: coordinación diaria con las enfermeras y médicos. Son ellos los que proporcionan la información diaria y los que deciden si el alumno está en condiciones de desplazarse al aula o quedarse en la habitación.
- Personal de psicología: para determinar pautas a llevar a cabo con determinados niños.
- Familia: una parte esencial en la cura de los niños y esencial en los casos que se precise una estancia prolongada del niño en el hospital. Los padres aportarán datos sobre el aspecto escolar y el momento emocional necesarios para diseñar la intervención educativa.
- Director del centro y otros profesores: será importante reunirse con el director del centro al que pertenece el aula y con otros docentes como, por ejemplo, los profesores domiciliarios.

### **3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

#### **4.1. PLANTEAMIENTO**

La propuesta de intervención surge desde la importancia de los aspectos socio-emocionales en Educación Infantil, y concretamente, en las aulas hospitalarias. En entorno seleccionado responde a la necesidad de mostrar un mayor apoyo a los alumnos que se encuentran en situaciones desfavorables física o mentalmente.

Por tanto, se pretende presentar una propuesta de intervención útil, dinámica y flexible que, a pesar de situarse en un contexto concreto, se pueda utilizar y moldear para cualquier otra aula hospitalaria o contexto educativo especial. El trabajo también atisba el objetivo de

que los niños pasen un rato agradable con otros compañeros, que puedan compartir experiencias y que saquen una sonrisa que a buen seguro animaría a todo adulto que estuviese a su alrededor. No pretende ser un resumen de pautas para que los niños adquieran conocimientos metodológicos, sino aspectos que les haga su estancia de ingreso en el hospital más llevadera.

## **4.2. OBJETIVOS**

Teniendo como telón de fondo el objetivo principal de cualquier aula hospitalaria, normalizar la vida de los niños en su periodo de hospitalización y proporcionar la atención educativa adecuada a los alumnos, la propuesta de intervención que se presenta persigue los siguientes objetivos:

1. Favorecer la exploración de emociones.
2. Facilitar el afrontamiento ante el miedo.
3. Ser capaz de comunicar estados anímicos.
4. Familiarizarse con el instrumental médico.
5. Mejorar la adaptación al contexto emocional.

La consecución de estos cuatro objetivos fundamentales se llevará a cabo mediante un programa de actividades que se detalla a continuación. A través de las actividades planteadas se persigue tratar con el alumno los aspectos emocionales además de trabajar otros conceptos más transversales propios del currículum de Educación Infantil.

## **4.3. CONTEXTUALIZACIÓN**

Este proyecto de intervención está dirigido al aula educativa del Hospital Universitario Araba, sede Txagorritxu, que se halla ubicada en la primera planta, en el área de Pediatría.

En el aula se atiende a alumnado de entre tres y quince años, a pesar de que en esta planta priman los ingresos de niños de pediatría, hasta los catorce años. A la hora de diseñar cualquier intervención, y para poder conseguir un planteamiento metodológico que dé respuesta a la diversidad, se tiene en cuenta tres variables: la duración de la hospitalización, la patología de la enfermedad y las características del alumno (García, 2014).

Los tiempos de hospitalización en el Hospital Txagorritxu cada vez son más cortos (ver figura 2), siendo prácticamente nulas las hospitalizaciones largas, las que contemplan más de un mes de estancia (García, 2014).

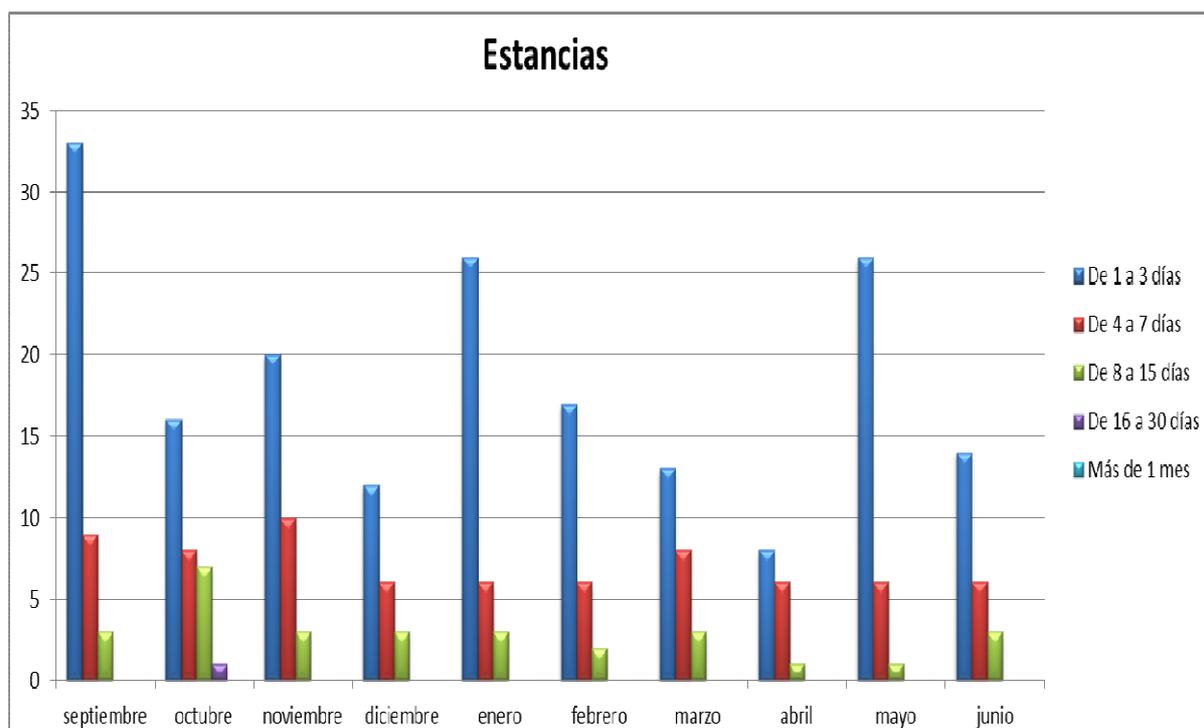


Figura 2. Duración de las estancias. (García, 2014).

El horario del aula es de lunes a viernes, de 08:30 a 17:30 horas (ver anexo 2), si bien la totalidad del horario no se utiliza para la atención pedagógica del alumnado, sino para acciones de coordinación con el personal sanitario, psicóloga del hospital, familias, centros de referencia, asociaciones, etc.

Por su parte, la tipología de las enfermedades más frecuentes de los alumnos son tales como cirugías, epilepsias, gripes, infecciones, traumatologías y enfermedades digestivas. Como curiosidad, en el curso escolar 2013-2014 se dio un incremento considerable de pacientes hospitalizados por problemas psicológicos. Concretamente fueron ocho, uno de ellos con carácter grave (García, 2014).

En cuanto a la distribución del espacio del aula, una de las variables que se tiene en cuenta es la edad del alumno. En general, los niños de Educación Infantil compartirán el espacio del juego simbólico; y los de Primaria y Secundaria compartirán las mesas de trabajo de uso polivalente. Los niños de educación especial se integrarán en el grupo que mejor se adapte a sus características. Aún así, la organización del aula es en todo caso flexible y los grupos no son cerrados, por lo que podrán unirse dependiendo de las actividades y el momento (Hospital de Cruces, 2000).

#### 4.4. DESTINATARIOS

Los destinatarios de la propuesta serán los componentes de la población pediátrica de Educación Infantil, esto es, pacientes de edades comprendidas entre los 3 y 6 años. Además, a la hora de llevar a cabo cualquier intervención se deberá tener en cuenta que la asistencia a las aulas hospitalarias es voluntaria en los pacientes y que la salud será el motivo prioritario. En todo caso, la educación de los niños hospitalizados deberá plantearse en términos diferentes a los parámetros que habitualmente se utilizan en los centros escolares.

El curso pasado, 2013-2014, el cómputo general de alumnos y alumnas que fueron atendidos tanto en el aula como en las habitaciones ascendió a 288, contabilizados desde el 6 de septiembre hasta el 20 de junio, de entre los cuales el 30% correspondían al nivel educativo de infantil (García, 2014).



Figura 3. Niveles educativos del alumnado atendido. (García, 2014).

#### 4.5. METODOLOGÍA

Las aulas hospitalarias requieren una actuación diferenciada y se deben tener en cuenta todas las circunstancias que rodean al paciente, sobre todo las emocionales, ya que los pacientes pueden enfermar no solo física sino también mentalmente. Se pretende además que sea un punto de apoyo muy importante para trabajar la ansiedad, el miedo, la desmotivación y la autonomía, entre otros aspectos, además de para salir del aislamiento que los niños tienen en su habitación (Hospital de Cruces, 2000).

El aula es un espacio abierto y flexible, de asistencia libre, en la que premian las necesidades del niño hospitalizado. Es además un espacio unitario, sin unos alumnos fijos, en

el que premia la improvisación y la creatividad. Para desarrollar la metodología del aula, es necesario tener en cuenta las diferentes variables que conforman la práctica del aula:

- La edad del alumno.
- El tipo de enfermedad.
- El tiempo de hospitalización.
- El estado anímico del paciente.
- La situación familiar.

En definitiva, el momento individual del niño, que puede variar a lo largo de su hospitalización. Todos estos aspectos afectan a las variables metodológicas del aula, por lo que será fundamental que los contenidos pedagógicos se adapten a las situaciones individuales de cada alumno. De hecho, si en las aulas de los centros educativos comunes es importante atender a la diversidad, más aún en las aulas hospitalarias, por lo que se llevan a cabo diferentes estrategias, alternativas y actividades dependiendo de la situación de casa alumno.

Por su parte, los contenidos curriculares dependerán de las variables del niño ingresado y las propuestas del aula se centrarán en actividades que prioricen los contenidos de carácter procedimental y actitudinal.

En hospitalizados de larga estancia, se intentará seguir los contenidos del centro de procedencia de cada niño por lo que en el aula se actúa de mediador. Para ello, se utilizarán técnicas de regulación de emociones, tales como la biblioterapia y la Musicoterapia, que serán los métodos con los que se conseguirán los objetivos mediante las actividades desarrolladas.

#### **4.6. CRONOGRAMA**

Los tiempos de hospitalización el Hospital Txagorritxu cada vez son más cortos, siendo prácticamente nulas las hospitalizaciones largas, las que contemplan más de un mes de estancia (García, 2014). Por ello, teniendo en cuenta el tipo de estancias cada vez más cortas, las actividades de la propuesta se programarán para una semana de duración (ver tabla 3). Las actividades de musicoterapia y biblioterapia se intercalarán entre la mañana y la tarde. La duración de las sesiones variará dependiendo de cada actividad, pero ninguna de ellas ascenderá de los 50 minutos.

Tabla 3. Cronograma de trabajo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
ACTIVIDADES	L		M		X		J		V	
	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Canción de bienvenida										
Soy un artista										
Viaje al exterior										
Don Hospital										
Doña Pincha Jeringa										
Don Tensio Metro										
Don Mendo Fonendo										
Don Depre Sor										
Don Oto Scopio										

Fuente: elaboración propia.

#### 4.7. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

En este apartado se detallan los diferentes recursos con los que se contará para llevar a cabo las actividades. Se dividen en humanos y materiales (ver tabla 4).

**Recursos humanos:** las personas que participarán en el proyecto serán principalmente las tutoras del aula. También se tendrá en consideración al resto de profesionales del centro: médicos, pediatras, enfermeros, personal de psicología, etc.

**Recursos materiales didácticos:** en la siguiente tabla se resumen los materiales y soportes que se necesitarán para el desarrollo de cada actividad.

Tabla 4. Recursos materiales

Recursos permanentes	Recursos variables
<p><b>Tics: ordenador + sistema de altavoces + canción de bienvenida + sonidos</b></p>	<p>Act. 2. Musicoterapia</p> <p>Botellas de agua + legumbres + cascabeles + botes detergente + chinchetas + goma elástica + circunferencias cartón/madera</p>

<b>Libros de lectura: cuentos infantiles + libros “Cinco loritos”</b>	Act. 3. Musicoterapia	Onomatopeyas climatológicas + pulverizador de agua
<b>Material de papelería: lápices, rotuladores, pinturas, gomas, sacapuntas, tijeras, papeles de colores, gomets, témperas, pegamentos, plastilina</b>	Act. 3. Biblioterapia	Ficha de seriación
	Act. 4. Biblioterapia	Disfraces + pelucas + fonendoscopios
<b>Corcho museo</b>	Act. 5. Biblioterapia	Depresores
	Act. 6. Biblioterapia	Recortables de instrumentos médicos

Fuente: elaboración propia.

#### 4.8. ACTIVIDADES

La propuesta que se presenta se concreta en dos niveles: uno referente a la musicoterapia, para favorecer la exploración de emociones; y el otro referente a la biblioterapia, para hacer frente al miedo y que los alumnos se familiaricen con el instrumental médico, uno de los principales condicionantes del miedo en las aulas hospitalarias (ver tabla 5). A continuación, se presenta la tabla 5 con las actividades de las dos técnicas, y se plantean varias propuestas para cada uno de los niveles.

Tabla 5. Actividades de la propuesta

<b>Biblioterapia</b>			<b>Musicoterapia</b>		
	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>		<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>
1	Canción de bienvenida	Pasiva	1	Narración + terapia	Pasiva / Activa
2	Soy un artista	Activa	2	Narración + dibujo	Pasiva / Activa
3	Viaje a través de los	Pasiva	3	Narración + ficha	Pasiva / Activa

	sentidos			
		4	Narración + juego simbólico	Pasiva / Activa
		5	Narración + manualidades	Pasiva / Activa
		6	Narración + collage	Pasiva / Activa

Fuente: elaboración propia.

#### 4.8.1. Nivel 1. Musicoterapia

Las sesiones de musicoterapia estarán estructuradas en torno a tres fases:

1. Fase de conocimiento. Actividad 1.
2. Fase de activación. Actividad 2.
3. Fase de relajación. Actividad 3.

Las actividades que se plantean estarán dirigidas a trabajar el área afectivo-emocional. Se alternarán actividades de musicoterapia activa con otras de pasiva.

##### ACTIVIDAD 1

A través de esta actividad se pretende reducir el periodo de adaptación de los niños al aula en concreto y al centro hospitalario en general y aportar alegría y buen humor. Para ello se utilizará una canción que los alumnos asociarán al centro, y que les proporcione un momento de alegría y juego para que no tengan miedo a entrar al aula. La canción de bienvenida será el punto de inflexión entre el exterior e interior del aula.

*Tabla 6. Actividad 1: Canción de bienvenida*

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
Canción de bienvenida	Transmitir estados anímicos Mejorar la adaptación al contexto emocional	3'
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN

Escucha de la canción	Archivo de audio <sup>2</sup>	Figura 13
<b>DESCRIPCIÓN</b>		
<p>Cada día, a la entrada y salida del aula, se escuchará la misma canción. El tema elegido es “Maite zaitut”, de Pirrits, Porrots y Marimotos (ver figura 4). El por qué de la elección de la canción tiene diferentes respuestas: por un lado, es una canción alegre y divertida; por otro, la cantan unos payasos que gustan a la mayoría de los de Educación Infantil y que están presentes en los centros escolares ya sea por posters, canciones, muñecos de peluche, etc. Además el estribillo repite una y otra vez la palabra “Te quiero”.</p>		

Fuente: elaboración propia.



Figura 4. Ficha Canción de bienvenida. (Elaboración propia).

<sup>2</sup> El archivo de audio está disponible en <https://goo.gl/nyF2k6>

## ACTIVIDAD 2

A continuación se presenta un taller de creación de instrumentos con materiales reciclados. Se trata de una actividad dinámica y participativa.

Tabla 7. Actividad 2: Soy un artista

<b>NOMBRE</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>DURACIÓN</b>
Soy un artista	Transmitir estados anímicos  Mejorar la adaptación al contexto emocional  Favorecer la exploración de emociones	45-50'
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Creación de instrumentos musicales reciclados	-Botellas de agua,  legumbres, cascabeles, botes  detergente, chinchetas goma elástica, circunferencias,  cartón/madera	Figura 13
<b>DESCRIPCIÓN</b>		
<p>En esta actividad se desarrollarán unas maracas, una pandereta y una guitarra con materiales reciclados (ver figura 5). Cada alumno elegirá el instrumento que desee hacer. Las maracas se crearán con botellas de agua. Se llenarán de legumbres y se podrán o bien pintar con témperas o forrar con papeles de colores. La pandereta se realizará con dos circunferencias de cartón y con cascabeles o las chapas de cierre de las botellas. Los alumnos pintarán el envoltorio de la forma que más le guste; témperas, rotuladores, pegándole pegatinas, etc. Por último, la guitarra con envases de suavizante o detergente, chinchetas y goma elástica. Otros de los objetivos de la actividad es que los niños creen instrumentos personalizados, que sientan que han hecho algo único y suyo. Una vez realizado con objetos se podrá poner música y simular que el grupo es una orquesta.</p>		

Fuente: elaboración propia.



Figura 5. Ficha Soy un artista. (Elaboración propia).

### ACTIVIDAD 3

La siguiente actividad pretende ofrecer a los niños un viaje sensorial a través de la música, en el que tan solo escuchen y sientan.

Tabla 8. Actividad 3: Viaje a través de los sentidos

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
Viaje a través de los sentidos	Transmitir estados anímicos Favorecer la exploración de emociones	12'
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
12'	Onomatopeyas climatológicas + música <sup>3</sup> Pulverizador de agua	Figura 13

<sup>3</sup> Los archivos de audio están disponibles en <https://goo.gl/nyF2k6>

## DESCRIPCIÓN

Los alumnos se tumbarán en unas alfombrillas en el suelo o permanecerán sentados en corro, depende de las circunstancias médicas de cada alumno, con los ojos cerrados. Comenzará a sonar una música relajante (ver figura 6), que les transporte a la naturaleza, y se les empezará a contar una historia: “Hoy es un día soleado. Estáis andando por un parque cogidos de la mano de vuestros padres”. Se les deja el sonido un minuto. En ese momento se cambia de sonido y se escucha el sonido de unos pájaros: “El parque está lleno de animales, entre los que destacan unos pájaros de colores muy llamativos que han venido a saludaros”. Vuelve a cambiar el sonido, en esta ocasión, sonido de un arroyo, de agua: “Continuáis caminado y más adelante os encontráis con un arroyo, imitar hay patos! Hace sol y estáis pasando un día muy entretenido”. Continuará así cerca de un minuto. “Pero de repente”. En ese momento se escucha un trueno y sonido de viento. “Uyyyyy está comenzando a llover!!!”. En ese momento se les pulveriza a los niños un poco de agua. “Tenemos que volver”. Se vuelve a cambiar a la música relajante y se les dice que vayan abriendo los ojos poco a poco.

Fuente: elaboración propia.



Figura 6. Ficha Viaje a través de los sentidos. (Elaboración propia).

#### 4.8.2. Nivel 2. Biblioterapia

Las sesiones de biblioterapia se desarrollarán en el aula a través de la serie de cuentos ‘Cinco loritos’<sup>4</sup>, destinados a trabajar sobre una de las cinco emociones básicas: el miedo, uno de los sentimientos más presentes en el ámbito hospitalario. Cada cuento se presenta en cinco lenguas -castellano, inglés, francés, euskera y árabe-, reflejo de la diversidad que siempre está presente en un aula hospitalaria.

En la literatura infantil el miedo ocupa un lugar muy importante, con numerosas publicaciones que intentan trabajar esta emoción. A través de esta serie de cuentos se intentará principalmente que los pacientes/alumnos se familiaricen con los instrumentos médicos y con la enfermedad. En las narraciones de ‘Cinco loritos’ los instrumentales médicos cobran vida y toman el papel de protagonistas.

#### CUENTO 1

Tabla 9. Cuento 1: Os presento a un tal... Hospital

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
Os presento a un tal... Hospital 	Transmitir estados anímicos  Mejorar la adaptación al contexto emocional  Favorecer la exploración de emociones	15'
<i>Figura 7. Personaje cuento 1 (Cinco loritos).</i>		
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
Lectura + Terapia grupal	-Cuento (Anexo 4)	Figura 13
DESCRIPCIÓN		
Este cuento se presenta como una introducción, que se podrá leer en el primer día de estancia en el aula. El cuento se leerá siempre que entre un niño nuevo al aula, y se contará a la totalidad de los niños, a pesar de que alguno ya lo haya escuchado. Posteriormente se dejará un tiempo para que cada niño, que lo desee, cuente su experiencia a los demás. De este modo los más “veteranos” podrán ayudar al nuevo o nuevos también a integrarse.		

Fuente: elaboración propia

<sup>4</sup> Cuentos creados por Ana García de Mutiloa.

## CUENTO 2

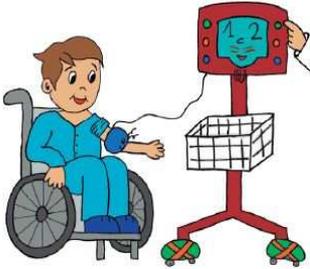
Tabla 10. Cuento 2: Doña Pincha Jeringa

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
<p data-bbox="188 407 459 443">Doña Pincha Jeringa</p>  <p data-bbox="188 891 667 922"><i>Figura 8. Personaje cuento 2 (Cinco loritos).</i></p>	<p data-bbox="699 407 1072 443">Transmitir estados anímicos</p> <p data-bbox="699 497 1136 564">Mejorar la adaptación al contexto emocional</p> <p data-bbox="699 600 1056 667">Favorecer la exploración de emociones</p> <p data-bbox="699 703 1129 770">Facilitar el afrontamiento ante el miedo</p> <p data-bbox="699 806 976 873">Familiarizarse con el instrumental médico</p>	<p data-bbox="1174 407 1216 443">30'</p>
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p data-bbox="188 1019 411 1055">Lectura + Dibujo</p>	<p data-bbox="699 1019 928 1055">Cuento (Anexo 5)</p> <p data-bbox="699 1090 912 1126">Papel y pinturas</p>	<p data-bbox="1174 1019 1295 1055">Figura 13</p>
DESCRIPCIÓN		
<p data-bbox="188 1218 1391 1653">Esta narración muestra una jeringuilla amigable y cercana, a la que no le gusta hacer daño a los niños. También se describe el modo en el que trabaja, y el porqué de su funcionamiento, que su objetivo es ayudar a los niños para que se curen, por lo que no se le debe temer. Se pretende que los pacientes se acerquen de modo “amigable” a este instrumento médico tan común y que tendrán que ver a diario. Para ello, se contará el cuento a todo el grupo y se realizarán preguntas que ayuden a los niños a comprender mejor la historia; también se les dejará en todo momento que pregunten lo que deseen o que se expresen, nunca se les cortará cuando quieran contar algo, aunque sea en mitad del cuento. Posteriormente, los niños realizarán dibujos de las jeringas que se pondrán en el “corcho-museo” del aula.</p>		

Fuente: elaboración propia.

### CUENTO 3

Tabla 11. Cuento 3: Don Tensio Metro

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
<p>Don Tensio Metro</p>  <p>Figura 9. Personaje cuento 3 (Cinco loritos).</p>	<p>Transmitir estados anímicos</p> <p>Mejorar la adaptación al contexto emocional</p> <p>Favorecer la exploración de emociones</p> <p>Facilitar el afrontamiento ante el miedo</p> <p>Familiarizarse con el instrumental médico</p>	<p>30'</p>
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p>Lectura + Ficha de seriación</p>	<p>- Cuento (Anexo 6)</p>	<p>Figura 13</p>
DESCRIPCIÓN		
<p>Don Tensio Metro explica de forma sencilla el funcionamiento y utilidad de un tensiómetro y la razón por la que los niños lo verán tan a menudo. Como en las anteriores actividades, el cuento se leerá detenidamente y poniendo el énfasis en los aspectos positivos que queramos destacar. Se les dejará a los alumnos y espacio de tiempo para que realicen todas las preguntas que lo deseen o cuenten su experiencia con el tensiómetro. Después de leer el cuento se realizará una ficha de seriación. Se prepararán tres tipos, una para 3 años, otra para 4 y otra para 5 y 6 años. Las fichas se diferenciarán en la combinación de series: dos series para los alumnos de 3 años, tres series para los de 4, y tres series con alternancia de color y forma para los de 5 y 6. El protagonista será el tensiómetro y a través de un camino que deberán realizar con gomets de colores deberán llegar hasta el niño enfermo para curarlo.</p>		

Fuente: elaboración propia.

## CUENTO 4

Tabla 12. Cuento 4: Don Mendo Fonendo

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
<p>Don Mendo Fonendo</p>  <p>Figura 10. Personaje cuento 4 (Cinco loritos).</p>	<p>Transmitir estados anímicos</p> <p>Mejorar la adaptación al contexto emocional</p> <p>Favorecer la exploración de emociones</p> <p>Facilitar el afrontamiento ante el miedo</p> <p>Familiarizarse con el instrumental médico</p>	<p>30'</p>
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p>Lectura + Juego simbólico</p>	<p>Cuento (Anexo 7)</p> <p>Kamishibai</p> <p>Fonendoscopios</p>	<p>Figura 13</p>
DESCRIPCIÓN		
<p>Los fonendoscopios son los protagonistas de este cuento. Además, a través de la narración se trabajará la escucha de forma metafórica, ya que el fonendo en lugar de tener pies tiene dos orejas con las que escuchará cómo están los niños. Para la narración se utilizará el Kamishibai, un teatrillo que suele captar el interés de los niños de manera especial. Después de leer el cuento y al hilo de la utilización del Kamishibai, la atracción que suelen tener los niños por los fonendoscopios será el punto de partida de un teatrillo improvisado. Tras comprender la narración los alumnos podrán representar el cuento ellos mismos o jugar a “ser médicos”. De este modo se trabajarán los contenidos del cuento y el juego simbólico dirigido. Para esta sesión se llevarán varios fonendoscopios al aula, y también se podrán utilizar telas de colores para que los niños las utilicen como vestidos, pañuelos, etc.</p>		

Fuente: elaboración propia.

## CUENTO 5

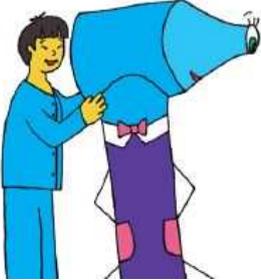
Tabla 13. Cuento 5: Don Depre Sor

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
<p>Don Depre Sor</p>  <p><i>Figura 11. Personaje cuento 5 (Cinco loritos).</i></p>	<p>Transmitir estados anímicos</p> <p>Mejorar la adaptación al contexto emocional</p> <p>Favorecer la exploración de emociones</p> <p>Facilitar el afrontamiento ante el miedo</p> <p>Familiarizarse con el instrumental médico</p>	<p>40'</p>
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p>-Lectura + Manualidades</p>	<p>Cuento (Anexo 8)</p> <p>Depresores</p> <p>Plastilina</p> <p>Rotuladores/pinturas</p> <p>Folios de colores</p>	<p>Figura 13</p>
DESCRIPCIÓN		
<p>El depresor se presenta en este cuento mediante una rima: “Soy un palito muy delgadito, en tu boca entraré, la luz encenderé y la garganta miraré ¡gracias por dejarme ver!”. Los niños podrán familiarizarse con este instrumento tan común y aprenderán cuál es la función de este personaje. Después de leer el cuento se les dejará a los alumnos que cuenten sus experiencias con los depresores, ya que todos alguna vez lo habrán visto entra en sus boquitas. La segunda parte de la actividad consistirá en realizar manualidades con estos palitos. Se pintarán de colores, se les podrá poner pelo con lana, hacer manos y pies con plastilina, etc. El objetivo es que transformen estos instrumentos en objetos alegres y de cada uno de los pacientes. De esta forma también podrán trabajar la creatividad.</p>		

Fuente: elaboración propia.

## CUENTO 6

Tabla 14. Cuento 6: Don Oto Scopio

NOMBRE	OBJETIVOS	DURACIÓN
<p>Don Oto Scopio</p>  <p>Figura 12. Personaje cuento 6 (Cinco loritos).</p>	<p>Transmitir estados anímicos</p> <p>Mejorar la adaptación al contexto emocional</p> <p>Favorecer la exploración de emociones</p> <p>Facilitar el afrontamiento ante el miedo</p> <p>Familiarizarse con el instrumental médico</p>	<p>40'</p>
ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p>-Lectura + Collage</p>	<p>Cuento (Anexo 9)</p> <p>Rotuladores/pinturas</p> <p>Folios de colores</p> <p>Dibujos de instrumentos médicos</p>	<p>Figura 13</p>
DESCRIPCIÓN		
<p>Este cuento tiene como metáfora el valor hacia la mirada. Tomar la mirada del niño para ver el mundo desde su perspectiva. Por ello se presenta a Don Oto Scopio como un personaje muy mirón al que le encanta saber que hay dentro de los oídos de los niños con el objetivo de conocerlos mejor. Además, en esta narración aparecen los restantes personajes de esta serie de cuentos: la jeringa, el tensiómetro, el fonendoscopio y el depresor. Todos ellos, junto con el otooscopio, se juntarán en una fiesta, por lo que la narración servirá también para dar un repaso a los otros cuentos y ver a todos los personajes como un conjunto. Después de escuchar el cuento, los alumnos pitarán recortables de los instrumentos médicos; podrán seleccionar los que más les gusten o les disgusten. Con todos ellos se realizará un collage que se pondrá en el pasillo y que podrán ver a diario a la entrada y salida del aula hospitalaria.</p>		

Fuente: elaboración propia

## 4.9 EVALUACIÓN

La evaluación se efectuará mediante dos vertientes: por un lado, la medición de los conocimientos, capacidades y actitudes adquiridas por los alumnos tras realizar las actividades; y por otro, la evaluación de la validez y adecuación de la propuesta como tal.

La evaluación de los alumnos será continua y personalizada para cada uno de ellos. El principal instrumento de evaluación que se utilizará será la observación directa y el diálogo con los alumnos. También se tendrán en cuenta el análisis de los trabajos/manualidades y las fichas de los alumnos. Los datos quedarán recogidos en la siguiente ficha de registro individual.

### Ficha de registro

Nombre	
Edad	
Patología	

	Solitaria	Expectadora	Exploradora	De proximidad
Conducta				

1 = Siempre

2 = Frecuentemente

3 = A veces

4 = Nunca

Musicoterapia				
	1	2	3	4
<b>Canción de bienvenida</b>				
Muestra actitud participativa				
Expresa sus sentimientos				
<b>Soy un artista</b>				
Muestra creatividad				
Trabaja en grupo				
Muestra actitud participativa				
Maneja las emociones				
<b>Viaje al exterior</b>				
Tiene empatía con sus iguales				
Es capaz de relajarse				
Demuestra autoestima				

Biblioterapia				
	1	2	3	4
Empatiza con sus iguales				
Muestra confianza y seguridad				
Está integrado en el aula				
Conoce los instrumentos musicales				
Expresa sus sentimientos				
Muestra creatividad				
Sabe manejar sus temores				

Comprensión del cuento	Si	No
Don Hospital		
Doña Pincha Peringa		
Don Tensio Metro		
Don Mendo Fonendo		
Don Depre Sor		
Don Oto Scopio		

Figura 13. Ficha de registro. (Elaboración propia).

Además, se presenta necesario comprobar si las actividades planteadas son adecuadas para el contexto/edad de los participantes. La propuesta de intervención la evaluarían la profesora del aula hospitalaria y la psicóloga de pediatría conjuntamente. Para ello se ha elaborado una tabla con algunos indicadores y un apartado de observaciones generales para especificar cualquier limitación o punto de mejora en las actividades en concreto y en la propuesta de intervención en general.

*Tabla 15. Evaluación de la propuesta*

<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Las actividades se adecuan a la horquilla de edad de los alumnos				
Las actividades se adecuan al contexto				
La duración de las actividades es adecuada				
Los cuentos son cercanos y de fácil comprensión				
Los personajes de los cuentos son adecuados				
La temporalización de la propuesta es adecuada				
Los alumnos se han familiarizado con el instrumental médico				
El estado anímico de los alumnos ha mejorado				
Los alumnos han conseguido adaptarse al contexto hospitalario				

\*1=Casi nunca. 2=A veces. 3=Casi siempre. 4=Siempre.

Fuente: elaboración propia.

## **4. CONCLUSIONES**

El presente TFG se acerca a un ámbito de la Educación en ocasiones poco presente en día a día de muchos docentes o profesionales de la enseñanza: el de las aulas hospitalarias. Con el fin de reivindicar un espacio que ayuda a muchos niños a diario se presenta una propuesta de intervención enfocada a la educación emocional.

En relación con el primer objetivo específico, con el que se persigue revisar el marco legal vigente sobre educación emocional en la etapa de Infantil y sobre las aulas hospitalarias, se ha podido constatar que las principales leyes y decretos de Educación, y en especial las de Educación Infantil, como son la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), junto con la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), no recogen específicamente la educación emocional como tal, pero se hace referencia a la competencia

emocional como un eje transversal que se debe trabajar en todas las áreas de la Educación. Por su parte, existen varios decretos que dan un tratamiento legislativo específico al alumnado con necesidades de atención hospitalaria.

El segundo objetivo hace referencia a los aspectos teóricos sobre la inteligencia y la educación emocional. Existen diferentes enfoques en cuanto al concepto general de inteligencia y, a su vez, diversidad de opiniones. En general, este constructo se muestra como un elemento transversal y fundamental para la formación holística de los alumnos.

En cuanto al tercer objetivo, se ha constatado la diversidad de teorías en cuanto al número de emociones básicas, que por lo general oscila entre dos y ocho, y sobre la definición de las mismas. Estas emociones puede ser controladas mediante técnicas de regulación emocional; una herramienta que en el ámbito que nos compete se presenta como indispensable. Las técnicas que puede servir a este fin son la musicoterapia y la biblioterapia.

El cuarto objetivo, abordar el concepto y funcionamiento de las aulas hospitalarias, ha servido para demostrar que nos encontramos ante un campo relativamente nuevo. Las primeras aulas españolas se dieron a mediados del siglo XX y si bien no han dejado de evolucionar, tenemos un largo camino que recorrer para mejorar la vida en general de los alumnos que a ellas asisten. Las aulas hospitalarias requieren una actuación diferenciada y, para realizar cualquier intervención en ellas, se deben tener en cuenta todas las circunstancias que rodean al paciente, sobre todo las emocionales.

Para terminar, el quinto objetivo específico ha consistido en diseñar una propuesta de intervención en el ámbito hospitalario. Mediante las actividades se ha podido realizar una aproximación teórico-práctica de la inteligencia emocional en niños de un aula hospitalaria y plantear actividades dinámicas y de fácil ejecución que ayuden, entre otras cosas, ha facilitar el afrontamiento del factor clave que se vive a diario en el contexto en el que nos hemos movido: el miedo.

Mediante la consecución de los distintos objetivos específicos, y esperando se lleve a cabo la propuesta con los resultados esperados, cabría pensar que el objetivo general del trabajo ha sido satisfecho.

## **5. LIMITACIONES**

Esta propuesta se presenta como el primer esbozo de un proyecto que podría llegar a ser mucho más amplio para trabajar el ámbito socio-afectivo en los niños hospitalizados. Se trata de un mundo muy delicado que demanda mucha atención pero en el que, a su vez, la labor de cualquier docente resulta altamente gratificante para uno mismo.

La propuesta está programada para poder desarrollarse en cualquier fecha, esto es, se presentan actividades para una semana de duración, pero no se determina en que época del año se tiene que llevar a cabo. Además, podrían también utilizarse las actividades por separado, son necesidad de una progresión cronológica. Aún así, la dedicación de tiempo personal para el docente que requieren algunas de las actividades podría considerarse como una de sus limitaciones.

Tampoco se debe olvidar la diversidad del alumnado asistente al aula, niños de edades diferentes y que presentan patologías y situaciones personales variadas. Este punto sería otra de las limitaciones a tener en cuenta; el poder agrupar a alumnos con características similares para que el desarrollo de las actividades, y en consecuencia, su resultado resulte satisfactorio.

La propuesta de intervención se limita a dos técnicas para la regular las emociones: la biblioterapia y la musicoterapia, pero el campo de trabajo podría ser mucho mayor, y utilizar además juegos de mesa o interactivos dirigidos a la autorregulación y la exploración de las emociones. Las TICs podrían haber sido también un medio con muchas posibilidades para abordar las emociones.

A pesar de que la propuesta se centra en la emoción primaria del miedo, el ámbito de las aulas hospitalarias abarca muchas más emociones muy importantes, como la tristeza, la ansiedad o el abandono que también podrían ser trabajadas detenidamente.

## **6. PROSPECTIVA**

De cara al futuro, este TFG se podría completar con otras actividades en la misma línea, con la musicoterapia o la biblioterapia como base, o con otras estrategias para regular las emociones, como por ejemplo, la Risoterapia. Sería otras de las técnicas a las que se le podría sacar mucho jugo en un aula hospitalaria.

Asimismo, si la valoración de las actividades resultase positiva tras su puesta en práctica, se podría continuar con una investigación más profunda sobre los tipos de emociones y sobre

la educación emocional en general, y poder diseñar así una guía con diferentes técnicas de regulación emocional. Además, siendo todavía más ambiciosos se podría publicar un libro de actividades para utilizar en las aulas hospitalarias.

Otros conceptos como la autoestima y el autoconcepto podrían ser otras líneas interesantes de investigación. Proporcionar a los alumnos herramientas para que no se sientan inferiores o incluso indefenso respecto a sus compañeros del su centro habitual.

Otra línea de investigación podría ser moldear las actividades de la propuesta de intervención para poder ser utilizadas en otros ámbitos de la educación: centros ordinarios de Educación Infantil, aulas educativas carcelarias o aulas circenses. En este sentido cabría la posibilidad de ampliar unos de los condicionantes de los destinatarios de la presente propuesta, los niños enfermos, por otros que se encuentran en centros de enseñanza atípicos. El tema de las cárceles sería un ámbito con muchas posibilidades de trabajo.

En cualquier caso, el objetivo sería seguir complementando los conocimientos teóricos y enriqueciéndolos con otras perspectivas y teorías para extender la propuesta a otros tipos de destinatarios. Al fin y al cabo, con el fin de seguir aportando granitos de arena a la base de cualquier ser humano: el ámbito afectivo-emocional.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldama, C. (2006). Kamishibai, otra forma de contar cuentos. *Biribilka*, 3, 10-14.
- Ariza, L. (2014). El aula hospitalaria: una pedagogía en positivo. *Revista educación y futuro digital*, 9, 54-59.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43.
- Bosch, M.J. (2009). *La danza de las emociones*. Madrid: Edaf.
- Carrasco, L. (2008). *Estudio del valor terapéutico de la literatura infantil en los niños hospitalizados*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Cid, F. (2009). El Kamishibai como recurso didáctico en el aula de Educación Infantil y primaria. *Bordón*, 61, 141-149.

- Decreto 12/2009, de 20 de enero, por el que se establece el currículo de la Educación Infantil y se implantan estas enseñanzas en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco, 21, de 30 de enero de 2009.
- Decreto 118/1998, de 23 de junio, de ordenación de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales, en el marco de una escuela comprensiva e integradora. Boletín Oficial del País Vasco, 130, de 13 de julio de 1998.
- Decreto 160/1994, de 19 de abril, sobre derechos y deberes de los alumnos y alumnas de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco, 109, de 6 de septiembre de 1994.
- Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico- Educativa. Boletín Oficial del País Vasco, 4, de 5 de enero de 2007.
- García, A. (2014). *Memoria del curso escolar del Hospital Universitario de Araba*. Material no publicado.
- García, E. (1989). Musicoterapia y enriquecimiento personal. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 4, 91-108.
- Gardner, H. (1983). *Multiple intelligences: The theory in practice*. Nueva York: Basic Books.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Hernández, E. y Rabadán, J. A. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. *Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva educacional*, 52, 167-181.
- Ley Orgánica, de 18 de noviembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). Boletín Oficial del Estado de 4 de diciembre de 2013.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 106, de 4 de mayo de 2006.
- Martínez, R. (2006). Atención a la diversidad y Biblioterapia o Terapia a través de la lectura: la literatura infantil como instrumento de salud en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación Inclusiva. *Revista Polibea*, 81, 35-56.
- Martínez-Otero, V. (2007). *La Inteligencia afectiva*. Madrid: CCS.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). *Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey Bass.
- Poch, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Universitaria de Formación del profesorado*, 42, 91-113.
- Hospital de Cruces. (2000). *Proyecto Curricular de las Aulas Hospitalarias de la C.A.V.* Recuperado de [http://www.hospitalcruces.com/Proyecto\\_Curricular.pdf](http://www.hospitalcruces.com/Proyecto_Curricular.pdf).
- Salamanca, D. (2003). Musicoterapia en Educación Infantil. *Pulso*, 26, 129-141.

- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1997). *What is emotional intelligence?* New York: Basic Books.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Nueva York: Basic Books.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Universidad Complutense de Madrid. (2010). *Emociones*. Material no publicado. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/10190/1/EMOCIONES.pdf>.

## ANEXOS

### 9.1. ANEXO 1. FOTOGRAFÍA DEL AULA



## 9.2. ANEXO 2. HORARIO DEL AULA

Tabla 16. Horario del aula

HORARIO HOSPITAL TXAGORRITXU					
	LUNES <u>Astelehena</u>	MARTES <u>Asteartea</u>	MIÉRCOLES <u>Asteazkena</u>	JUEVES <u>Osteguna</u>	VIERNES <u>Ostirala</u>
8:30 - 9:00			HDT - E		HDT - E
9:00 - 9:30	Coordinación equipo sanitario	Presentación y preparación del material	Coordinación Centros de referencia	Presentación y preparación del material	Coordinación padres y madres
9:30 - 10	Presentación y preparación del material	Atención pedagógica al alumnado	Presentación y preparación del material	Atención pedagógica al alumnado	Presentación y preparación del material
10:00 - 13	Atención pedagógica al alumnado	Atención pedagógica al alumnado	Atención pedagógica al alumnado	Atención pedagógica al alumnado	Atención pedagógica al alumnado
13:00 - 14:30 o *15:00 - 16:30			Coordinación, con profesora hospitalaria Formación, reuniones, claustros.		13:00 - 13:30
					Coordinación equipo sanitario
					13:30 - 14:30 Atención pedagógica al alumnado
15:30-17:30	Atención pedagógica al alumnado	Atención pedagógica al alumnado		Atención pedagógica al alumnado	

Fuente: extraído de Memoria del curso escolar Txagorritxu (2014).

### 9.3. ANEXO 4. CUENTO 1: OS PRESENTO A UN TAL... HOSPITAL

¡Hola!, ¿Cómo estás?

Quiero contarte unos cuentos muy divertidos, con unos personajes muy especiales que viven en el hospital.

Permíteme presentarte, antes que nada, a un señor muy simpático: un tal... Don Hospital.

Salut! Ça va?

Je voudrais te raconter quelques histoires très amusantes, avec des personnages très drôles qui habitent dans un hôpital.

Tout d'abord, je vais te présenter un monsieur très sympa: c'est... Monsieur Hôpital.

Hi! How are you?

I would like to tell you some very funny tales, with some very special characters who live in a hospital,

First of all, let me introduce you to a very nice gentleman, a certain... Mr Hospital.

Kaixo! Zer moduz?

Ipuin batzuk kontatu nahi dizkizut. Oso ipuin dibertigarriak dira. Ospitalean bizi den zenbait pertsonaia berezi ezagutuko duzu ipuinotan.

Baina, hasi aurretik, utzidozu aurkezten jaun oso atsegin bat: Ospitale Jauna!

مرحبا. كيف حالك؟

أريد أن أروي لك قصصا مسلية،

لبعض الشخصيات الخاصة جدا

و التي تعيش في المستشفى

قبل كل شيء، أسمح لي، أن أقدمك

لسيد لطيف جدا، إلى السيد

المستشفى.



Don Hospital es muy bueno. Algunas veces, cuando los niños se ponen malitos tienen que ir a él, pero no van por haber sido malitos...¿eh?

Cuando los niños llegan, Don Hospital se hace grande, grande, grande para que los niños puedan estar cómodos en sus camitas.

Monsieur Hôpital est très sage. Quelquefois, quand les enfants sont malades, il faut qu'ils y aillent, mais ce n'est pas parce qu'ils ont été méchants... bien entendu!

Lorsque les enfants arrivent là, Monsieur Hôpital devient grand, grand, grand afin que les enfants puissent être confortables dans leurs petits lits.

Mr Hospital is a very good person. Sometimes, when children get ill they have to go and see him, but they don't go because they have been naughty. It's just because they aren't feeling well.

When the children arrive, Mr Hospital becomes bigger and bigger, so that they can feel comfortable in their small beds.

Ospitale Jauna oso ona da. Batzuetan, gaixo daudenean, haurrek berarengana etorri behar izaten dute... Baina gaixo daudelako, eta ez gaixto direlako, e?

Eta haurrak etortzen zaizkionean, Ospitale Jauna handi-handi-handia egiten da haurrak eroso egon daitezen bere ohetxoetan.

السيد المستشفى... طيب للغاية،  
أحياناً يتوجب على الأطفال  
الذهاب إليه عندما يمرضون.  
لكنهم لا يقصدونه فقط عندما  
يمرضون... إيه!!

عندما يصل الأطفال، يبدأ  
المستشفى في الإنتفاخ، فيكبر و  
يكبر و يكبر حتى يتمكن  
الأطفال من الإستراحة في  
فرشهم الصغير.



Cuando los niños y niñas están en Don Hospital, sus mamás y papás **NUNCA, NUNCA, NUNCA** les dejan solitos. Algunas veces, es un familiar el que está al lado de los niños y niñas.

Quand les petits garçons et les petites filles logent chez Monsieur Hôpital, leurs mamans et leurs papas ne les laissent **JAMAIS, JAMAIS, JAMAIS**, seuls. Parfois c'est un familier qui reste à côté des enfants.

When boys and girls are at Mr Hospital's, their mummies and daddies **NEVER, EVER, EVER** leave them alone. Sometimes, it is a relative who is next to them.

Ospitale Jaunari neska-mutilak etortzen zaizkionean, hauen gurasoek ez dituzte **INOIZ, INOIZ, INOIZ** bakarrik uzten. Bueno, batzuetan beste senideren bat da neska-mutilen alboan egoten dena.

عندما يبقى الأطفال في المستشفى، لا يتركهم أبائهم أو أمهاتهم أبدا أبدا وحدهم. بل أحيانا يبقى أحد من الأقارب بجانبهم ليرعاهم.



Cuando llegue ese día, Don Hospital, que es muy amigo de tu casa, le llamará por teléfono y le dirá que te vas. Así ella se pondrá muy contenta ¡yupiiii!, a lo mejor hasta se pintará los labios para estar muy guapa cuando llegues.

Quand ce jour-là arrivera, Monsieur Hôpital, qui est très copain de chez-toi, téléphonera à la maison et lui dira que tu t'en vas. Alors ta maison se rendra très contente... chouette!!!, elle se mettra même, du rouge à lèvres pour être très mignonne à ton arrivée.

When that day arrives, Mr Hospital, who is a very good friend of your house's, will phone her and tell her you are going home. This way your house will be very happy, whoopee! She might even put some lipstick on to look prettier for you.

Egun horretan, Ospitale Jaunak, oso lagunak baitira, telefonoz deituko dio Zure etxeari eta bazoazela esango dio. Horrela, oso pozik jarriko da zure etxea... iupiiii! Batek daki, agian ezpainak ere margotuko ditu zu jouten zarenean polit-polito egoteko.

وعندما يحين وقت رجوعك  
إلى المنزل، يقوم السيد  
المستشفى..... الذي هو  
صديق دارك، بالاتصال بها  
هاتفياً و يقول لها بأنك  
ستغادره.  
وهكذا تحس هي بالفرح  
والسعادة إلى حد أنها تكون  
شفتاها بأحمر الشفاه كي تبدو  
جميلة.. يوبى!!!! حين  
وصولك.



## 9.4. ANEXO 5. CUENTO 2: DOÑA PINCHA JERINGA

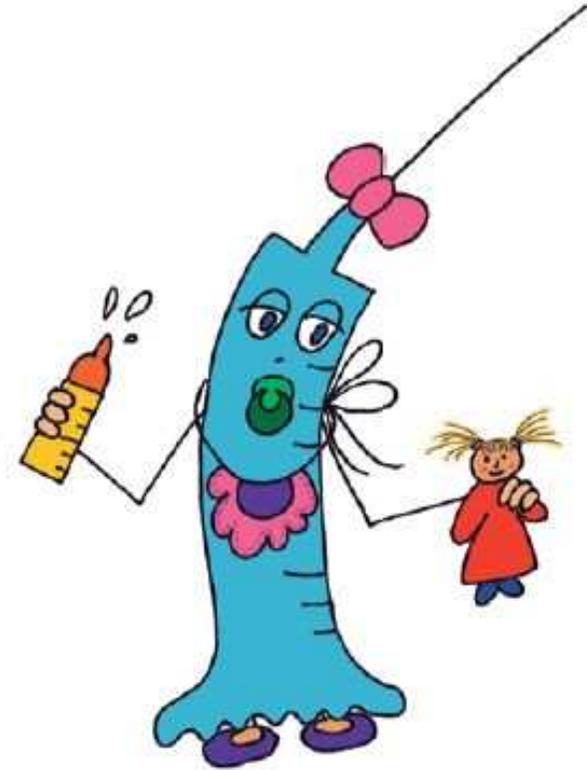
Érase una vez una señora que se llamaba Doña Pincha Jeringa. Sus papás le habían puesto ese nombre porque solo tenía un pelo pincho, muy, muy tieso, solo uno.

Bazen behin Xixt Xiringa deitzen zen emakume bat. Ile-ziri bakar bat zuelako jarri zioten gurasoek izen hori. Ile-ziri zut-zut bakar-bakarra zuelako.

Il était une fois une femme qui s'appelait Pique Seringue. Ses parents l'avaient appelée comme ça, parce qu'elle n'avait qu'un seul cheveu très, très raide.

كان يا ما كان، كانت هناك امرأة تدعى الحقنة الواخزة سماها والداها بهذا الاسم لأن لديها شعرة واحدة، حادة وواخزة.

Once upon a time there was a lady called Prickle Syringe. Her parents gave her that name because she had only one prickly hair, very, very stiff, only one.



Doña Pincha Jeringa era muy presumida. Le gustaban los collares, las pulseras, los bolsos y los zapatos de tacón.

Pique Seringue était très coquette. Elle adorait les colliers, les bracelets, les sacs à main et les chaussures à talon.

Mrs Syringe was very vain. She liked necklaces, bracelets, bags and high-heeled shoes.

Oso pinpirina zen Xixt Xiringa Andrea. Oso gustuko zituen idunekoak, eskumuturrekoak, zarroak eta takoidun oinetakoak.

كانت السيدة الحقة الواخزة معتدة بنفسها جدا.  
كانت تحب القلائد، الاساور، الحقائب وأحذية الكعب العالي.



Ella trabajaba en un tal...Don Hospital,  
ese que vosotros conocéis.

Ayudaba a curarse a los niños que  
estaban malitos. Acudía corriendo  
cuando le llamaban, a veces perdía  
uno de sus zapatos pero eso no  
le importaba mucho.

Elle travaillait là.... à l'Hôpital  
que vous connaissez.

Elle aidait à guérir les enfants qui  
étaient malades. Elle allait si vite,  
quand on l'appelait... que parfois  
elle perdait une de ses chaussures,  
mais ça ne faisait rien.

She worked at a certain Mr  
Hospital's, the one you know.  
She helped sick children to  
recover. She went running  
when somebody called her;  
sometimes she lost one of her  
shoes but she didn't mind.

Ondo ezagutzen duzun  
Ospitale Jaunean lan egiten  
zuen Xixi Andreak.

Gaixorik zeuden umekak  
sendatzen laguntzen zuen.  
Zirtuan joaten zen deitzen  
zirenean. Batzuetan  
oinetako bat galtzen zuen  
korrikaldian; baina ez  
zitzaien hori asko axola.

كانت تعمل في ذلك المستشفى  
الذي تعرفونه.

تساعد في علاج المرضى .  
تحضر بسرعة إذا ما ناداها أحد، فتفقد  
حذاءها وهي تجري، فلا تكثرث .

HOSPITAL



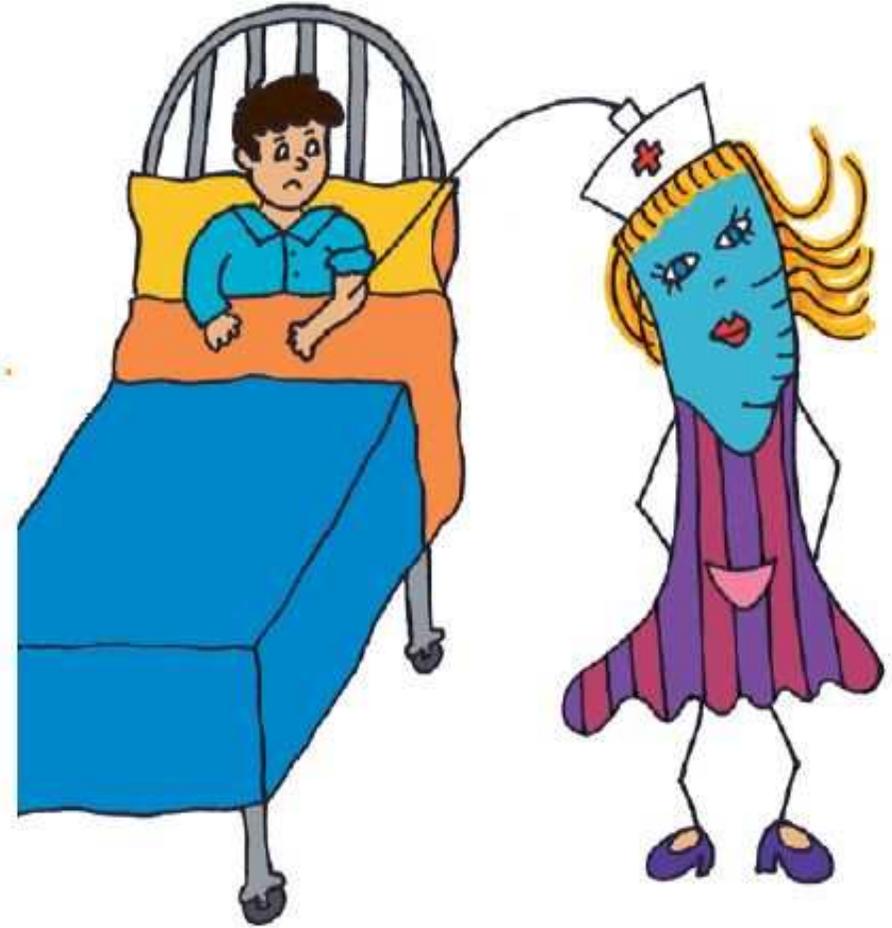
Para que los niños se curaran, tenía que pincharles con su pelo pincho y pasarles un líquido mágico que llevaba dentro. Esto a ella no le gustaba nada, pues los niños y niñas algunas veces lloraban, otras veces eran valientes, aguantaban un poquito y... ¡zas! ya pasaba el susto.

Pour que les enfants guérissent, il fallait les piquer avec son cheveu raide et leur passer un liquide magique qu'elle emportait dedans. Elle n'aimait pas du tout cela, car les enfants pleuraient des fois, mais d'autres fois, ils étaient très courageux : ils tenaient bon un petit peu et... ça y est !, la peur s'en allait.

In order to cure the children, she had to give them a shot with her prickly hair and pass them a magic liquid she had inside. She did not like this at all because small boys and girls sometimes cried. But there were times when they were brave and endured the pain and zap! the fright was gone.

Umeak senda zitezten il-  
ziniatz ziztatu behar zituen Xixt  
Andreak, barruan zeraman likido  
magikoa sartzeko. Hau ez zuen  
batere gogoko, izan ere neska-  
muhilek batzuetan negar egiten  
baitzuten. Beste batzuetan,  
ordea, ausardiaz eramaten zuten  
ziztadatzkoa umeek eta, xixt!,  
berehalakoan akabo sustoa.

لكي يشفى الأطفال، تقوم السيدة  
الحقنة بوخزهم عن طريق  
شعرتها الحادة، حتى يمر السائل  
السحري الذي هو بداخلها إلى  
جسمهم. هذا الفعل لا يعجبها،  
لأن الأطفال يبكون أحيانا،  
وأحيانا أخرى يتشجعون  
فيتحملون الوخزة قليلا .  
ها أنا.. قد انتهيت وانتهى  
الخوف.



Al final, a ella hasta se le escapaba alguna gota de sudor porque no le gustaba NADA, NADA, NADA, hacer daño a los niños pero se iba contenta porque sabía que gracias a su trabajo los niños estarían mejor.

À la fin, quelques gouttes de sueur lui échappaient même, parce qu'elle n'aimait pas DU TOUT, DU TOUT, DU TOUT, faire mal aux enfants, cependant elle s'en allait contente, parce que grâce à son travail, les enfants iraient beaucoup mieux.

When she finished, she even dropped some beads of sweat because she didn't like to hurt the children at all, but she went away happy because she knew that thanks to her work, the children would get better.

Azkenean izerdi tantaren batek ihes egiten zion Xixi Andreari, ez zitzaiohalako ezer ere gustatzen -EZ, EZ eta EZ- haurrei min egitea. Baina pozik alde egiten zuen bazekien eta bere lanari esker haurrek habera egingo zutela.

وحين تنتهي من وخر  
الصغار تكون تصيب عرقاً،  
لأنه لا يعجبها إيذاء  
الأطفال.  
لكن عندما تحسن حالتهم  
تحس بالفرح والسعادة.



Cuando Doña Pincha Jeringa se despedía de los niños y niñas, apretaba un botón de su camisa de rayas y de su pelo pincho salían burbujas de colores en forma de letras en las que se podía leer: OS QUIERO AYUDAR. CURAOS PRONTO.

Lorsque Pique Seringue disait au revoir aux petits enfants, elle serrait un bouton de sa chemise à rayes et de son cheveu raide sortaient des bulles à couleurs qui ressemblaient des lettres où on pouvait lire : JE VAIS VOUS AIDER. GUÉRISSEZ VITE.

When Prickle Syringe said goodbye to the children, she would push a button on her striped shirt and from her prickly hair there came out some bubbles of different colours in the shape of letters. You could read in them: I WANT TO HELP YOU. GET BETTER SOON.

Xixt Xiringa Andreak neska-mutilei agur esaten zienean, alkandora marraduneko botoi bat sakatu eta ile-ziritik burbuilak ateratzen zituen, letra itxurako koloretako burbuilak. Eta letra-burbuilek hala zioten: LAGUNDU NAHI ZAITUZTEI, SENDATU AZKAR.

وعندما تُودع السيدة الحقنة  
الواخزة الفتیان  
والفتیات تضغط على زر قميصها  
المخطط فتخرج من شعرتها  
الواخزة فقاعات ألوان على شكل  
حروف و التي يمكن أن يُقرأ  
فيها:  
أريد مساعدتكم. تمنياتي  
لكم بالشفاء العاجل.



## 9.5. ANEXO 6. CUENTO 3: DON TENSIO METRO

Érase una vez un manguito muy, muy especial. Era diferente a los otros manguitos pues nunca se metía en el agua y, además, tenía un nombre y un apellido: Tensio Metro.

En realidad, el manguito era como la tripa de Tensi, a veces se le hinchaba y él se ponía muy, pero que muy gordo.

Bazen behin mahukatxo berezi-berezi bat. Ez zen beste mahukak bezalakoa, ez horixe! Bazituen, bai, izen-abizenak: Tentsio Metro.

Egia esan, mahukatxoa Tentsiren tripa-  
edo zen. Batzuetan puztu egiten zen eta  
Tentsi lodi-lodi jartzen zen.

Il était une fois un petit manchon très, très bizarre. Il était différent des autres petits manchons car il ne se plongeait jamais dans l'eau ; en plus, il avait un prénom et un nom : Tensio Mètre.

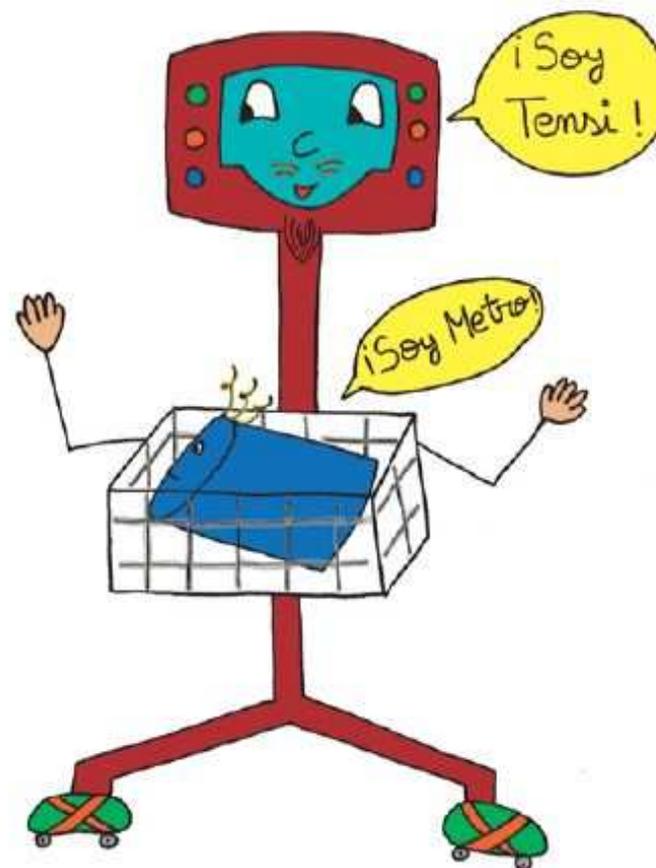
En réalité, le petit manchon était comme le ventre de Tensi, parfois il gonflait et il devenait alors très, très gros.

Once upon a time there was a very, very special cuff.

He was different from the ones you use to swim, this one never entered into the water, and he had a name and a surname: Tensio Meter.

In fact, the cuff was like Tensi's tummy, he sometimes swelled up and he got very, very fat.

كان يا ما كان، كان هناك أنبوب خاص جدا،  
يختلف عن باقي الأنابيب بحيث لم يدخل  
الماء قط.  
كان له اسم ولقب وهما : جهاز قياس الضغط  
في الواقع كان الأنبوب يشبه بطن الضغط،  
تارة ينتفخ، فيصبح ضخما جدا.



Don Tensi también era especial porque siempre andaba sobre patines. A él le gustaba mucho la magia y los niños podían ver cómo en su cara aparecían y desaparecían unos números bailones.

En el cuerpo de Don Tensi había una pequeña cestita, pero no creáis que era para ir a hacer la compra, no, era para que el manguito estuviera cómodo sobre ella cuando no trabajaba. ¡Qué bueno era Don Tensi!

Beste gauza bat ere bazuen berezia On Tentsik; beti ibiltzen zen irristailuetan. Oso gustuko zuen magia eta haurrek ikus zitzaketen Tentsiren aurpegian zenbaki dantzazaleak agertu eta desagertzen.

On Tentsiren gorputzean saskitxo txiki bat zegoen, baina ez gero pentsatu erosketara egiteko zenik, ez, lanean ari ez zenean bertan eroso egoteko zen saskitxoa. Zeinen zintzoa zen On Tentsi!

Tensi Mètre était spécial aussi parce qu'il roulait sur des patins. Il adorait la magie et les enfants pouvaient voir comment de drôles de nombres danseurs apparaissaient et disparaissaient sur son visage.

Dans le corps de Tensi il y avait une petite corbeille, mais ne pensez pas que c'était pour aller faire le marché, non, c'était pour que le petit manche y soit confortable quand il ne travaillait pas. Comme il était sage, Tensi Mètre!

Tensi was also special, because he always went round on his skates. He liked magic a lot and the children could see some dancing numbers appear and disappear on his face. In Tensi's body there was a little basket, but it wasn't to go shopping, no, it was for the cuff to be comfortable sitting on it when he didn't work. What a good lad Tensi was!



كان جهاز الضغط متميزاً،  
يسير دائماً على المزلاج، يحب الألعاب السحرية كثيراً،  
ويمكن للأطفال رؤية الأرقام تتجلى على وجهه تارة  
وتغيب تارة أخرى.  
وكانت في جسم الجهاز سلة صغيرة - لا للتسوق - بل ليسترخ  
عليها عندما لا يعمل.  
كم هورائع السيد جهاز الضغط.

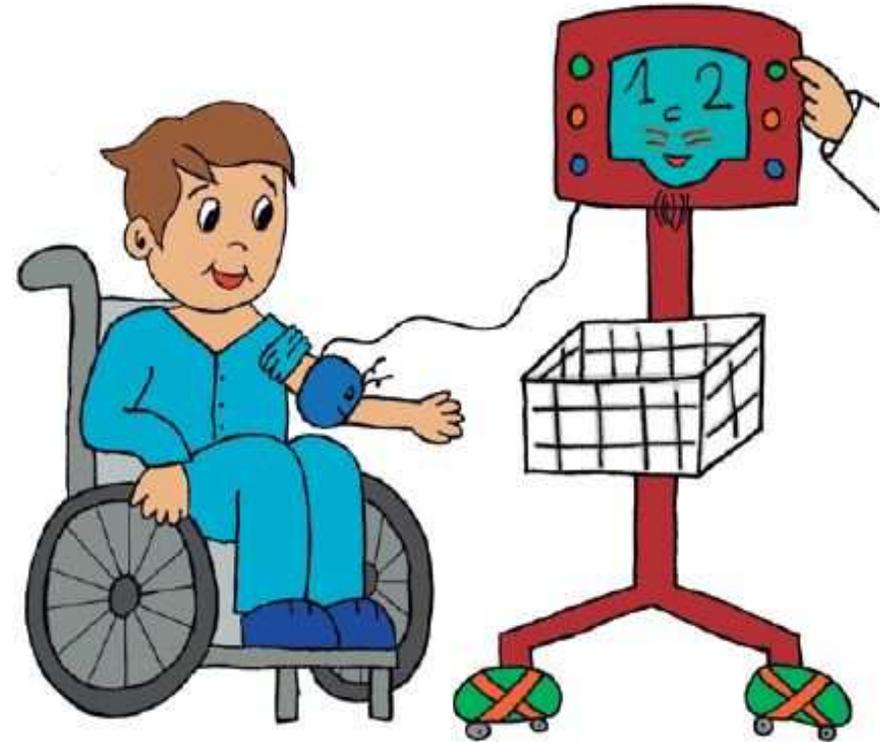
Casi siempre, Don Tensi dejaba tocar los lunares que tenía en la cara, que eran como unos botones, a los médicos y enfermeras. Entonces su tripa comenzaba a ponerse gorda y... ¡magia potagia! cuando se deshinchaba se ponían a bailar los números.

La beti uzten zien On Tentsik mediku eta erizainei aurpegiko botoi itxurako oreztak ukitzen. Orduan On Tentsiren tripa loditzen hasten zen eta... «Arxila, mortxila; handia zena txikia da», berriz husten zenean, zenbakiak dantzari hasten ziren.

Presque toujours, Tensi Mètre permettait aux médecins et aux infirmières de lui toucher ses grains de beauté qui étaient comme des boutons. Alors son ventre commençait à grossir et... magie potagie ! quand il se dégonflait les nombres se mettaient à danser.

Almost always, Tensi let doctors and nurses touch the moles he had on his face, which were like buttons. When they did this, his belly started getting fat and, then, something magic happened! when it deflated, the numbers started dancing.

وغالباً، كان جهاز الضغط يسمح للأطباء أو الممرضات أن يلمسوا خدوده التي كانت تشبه الأزرار.  
فتنتفخ بطنه شيئاً فشيئاً حتى تصبح ضخمة جداً.  
وعندما تبدأ بطنه في التقلص - بفعل سحر ساحر -  
تظهر أرقام ترقص عليها.



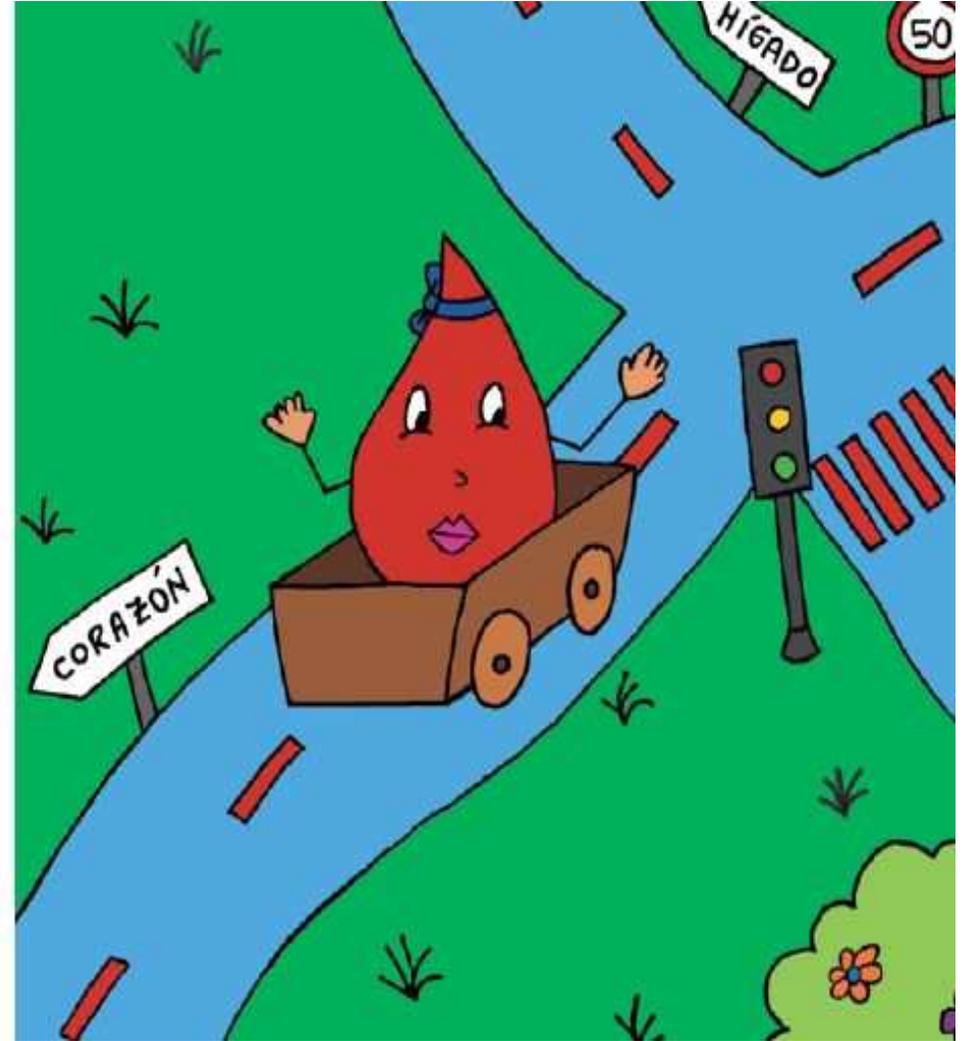
De esa manera, los médicos y enfermeras sabían cómo circulaba la sangre por el caminito de las venas pues, a veces, ésta se volvía un poco «vagoneta» y se entretenía recitando poemas que ella misma escribía.

Horrela medikuek bazekiten nola zebilen odola zainetan goira eta behera... izan ere, batzuetan odola alferatu egiten baitzen eta berak idatzitako poematxoak errezitatzeagatik moteldu egiten zen.

De cette façon, les médecins et les infirmières savaient comment circulait le sang, à travers le petit chemin des veines, car, parfois le sang se rendait un peu « fainéant » et s'amusait à réciter des poèmes qu'il écrivait lui-même.

That way, doctors and nurses knew how blood was flowing through the vein paths, because, blood sometimes became quite lazy and she amused itself by telling the poems she used to write.

بهذه الطريقة يعرف الأطباء والمرضات كيف يدور الدم في مجاري الأوعية.  
لكن أحيانا يتحول جهاز الضغط إلى "كسول" ينسلى بقراءة قصائد يكتبها بنفسه.



Hace poco tiempo, escribió éste:

Don Tentsi ha llegado  
Pues me quiere oír  
A mi puerta llama,  
No le puedo abrir.

Le cuento mis cuentos  
Sin parar de andar  
Las flores, los árboles  
Los veo al pasar.

Voici ce qu'il a écrit, il y a peu de temps :

Tentsi est arrivé  
car il veut m'entendre  
il frappe à ma porte  
je ne peux pas l'ouvrir.

Je lui raconte mes contes  
sans m'arrêter de marcher  
les fleurs, les arbres  
je les vois passer.

Some days ago she wrote this one:

Mr Meter has arrived  
he wants to hear me  
He's knocking at my door  
I can't open it for him.

I tell my tales to him  
I don't stop my pace  
The flowers, the trees  
I see they are moving.

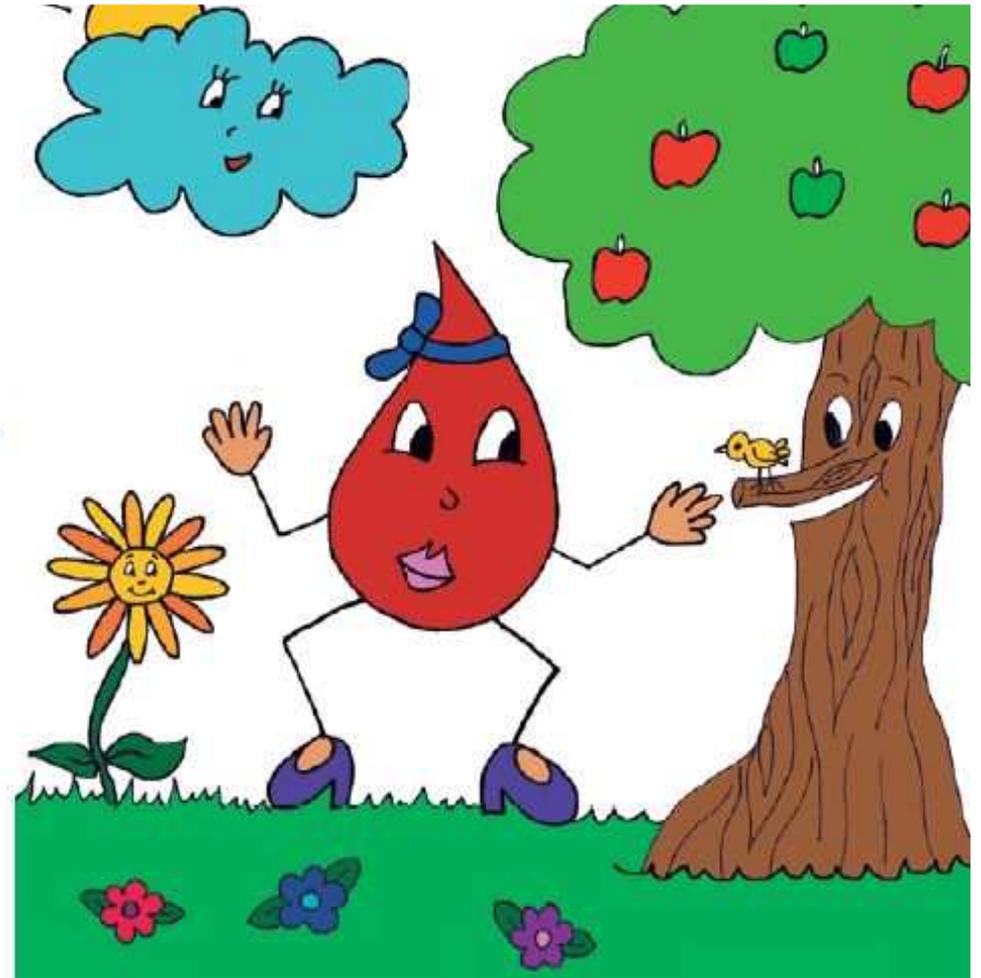
Duela gutxi, honako hau idatzi zuen:

Iritsi da iritsi  
On Tentsi, On Tentsi;  
entzun nahian dabil  
oso trebe eta abil.

Txutxu-mutxuka ari natziaio:  
aza, piper, porru eta azenario.  
Ibilian nabil gora eta behera,  
nire pausoak neurtzen bera.

فقد كتب مؤخرًا:  
وصل جهاز الضغط  
يريد سماعي  
يدق على بابي  
لاستطيع فتح الباب له

أحكي له قصصى  
دون التوقف عن المشي  
الأزهار والأشجار  
أراها تمر



## 9.6. ANEXO 7. CUENTO 4: DON MENDO MONENDO

Érase una vez un señor muy delgadito que se llamaba Mendo y se apellidaba Fonendo.

Don Mendo era completamente calvo, pero tenía un gran bigote y, siempre que podía, se lo atusaba con suavidad. Parecía que se le había pegado la letra «n» debajo de la nariz.

Bazen behin oso argaltxoa zen gizon bat Mendo izena zuena eta Fonendo abizena. Zeharo kaskasoila zen. On Mendo, baina bibote handia zuen eta, ahal zuenero, leun-leun txukuntzen zuen. Bazirudien «n» letra itsatsi zitzaiola sudurpean.

Il était une fois un monsieur très mince dont le prénom était Mendo et dont le nom était Phonendo.

Monsieur Phonendo était tout chauve, mais il avait une grande moustache et, chaque fois qu'il pouvait, il la lissait doucement. On dirait que la lettre « n » s'était collée sous son nez.

Once upon a time there was a very thin man whose first name was Mendo and his surname Phonendo. Mr Phonendo was completely bald, but he had a bushy moustache and whenever he could he straightened it with his fingers gently. It seemed as if the letter « n » were stuck under his nose.

يحكى أنه كان هناك رجل نحيف جداً،

إسمه ميندو ولقبه فونيندو.

كان السيد ميندو أصلع الرأس وله شنب كبير.

كان ميندو يهتم بشنبيه كثيراً، يقصه بدقة حتى

يبقى كأنه حرف العين ملتصقاً... تحت أنفه.



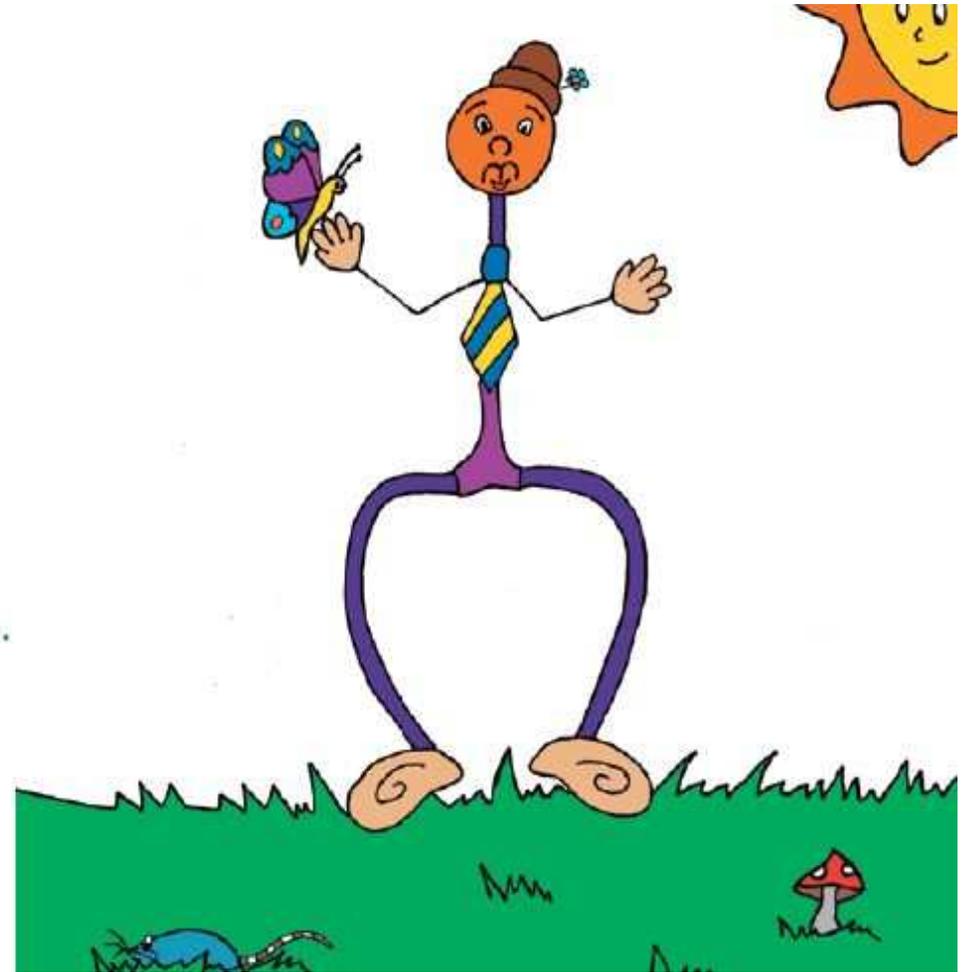
Su cuello era muy largo, muy largo y terminaba en dos piernas muy delgaditas con dos orejas al final. Sí, sí, habéis oído bien, en vez de pies tenía orejas, pues su trabajo consistía en andar siempre escuchando por el pecho o por la espalda de los niños y niñas.

On Mendoren lepoa oso luzea zen, oso luzea. Eta muturrean belarri bana zuten bi hanka oso mehar zituen lepoari lotuta. Bai, bai, ondo entzun duzu; oinak izan beharrean belarriak zituen, izan ere haurren bular eta bizkarretan adi-adi entzuten ibiltzea baitzen bere lana.

Son cou était long, très long et finissait dans deux jambes très maigriciennes avec deux oreilles au bout. Mais oui, vous avez bien entendu, au lieu des pieds, il avait des oreilles, car son travail consistait à écouter toujours par la poitrine ou par le dos des enfants.

His neck was very very long and it ended in two very thin legs with two ears at the end.. Yes, you have heard properly, instead of feet he had ears, because his job involved listening to the children's chest and backs.

كان له أيضا عنقا طويلا جدا، ينتهي برجلين طويلتين ونحيلتين في طرفيهما أذنان.  
أجل، لقد سمعتم جيدا، كانت لديه أذنان بدل قدمين.  
لأن عمله يتمثل في سماع كل ما يختلج في صدور أو ظهور الأطفال من البنين والبنات.



El siempre iba colgado del cuello de los médicos y médicas, menos cuando trabajaba, entonces se subía hasta los oídos del doctor para contarle qué es lo que se oía dentro del pecho de los niños.

-¿Qué escuchas, Don Mendo?- le decía el médico.

-Tic tac, tic tac, -decía Don Mendo- quizás hay un despertador dentro.

-Noooooooo- decía el médico- es el sonido del corazón.

On Mendo beti joan ohi zen medikuen lepotik zintzilik, lanean ari zenean izan ezik, orduan doktoarearen belarrietara igotzen baitzen umeen bular barruan zer entzuten zen kontatzeko.

-Zer entzuten duzu, On Mendo?

-galdetzen zion sendagileak.

-«Tik-tak, tik-tak...» -esaten zuen On Mendok-, beharbada iratzargailu bat egongo da barruan...

-Eeeeeeeeee?... -esaten zuen medikuak-, bihotzaren hotza da.

He was always hanging on the doctors' necks, but when he worked he jumped to the doctor's ears to tell him what he could hear in the children's chest. What do you hear, Mendo?, asked the doctor.

-tic-tac, tic-tac, said Mendo, maybe there is an alarm-clock inside.

-Noooo, said the doctor, it is the sound of the heart.

Il allait toujours suspendu du cou des docteurs, sauf quand il travaillait, alors il montait jusqu'aux oreilles du docteur pour lui raconter ce qu'on entendait dans la poitrine des enfants.

- Qu'est-ce que tu écoutes, Mendo? - disait le médecin.

- Tic tac, tic tac, tic tac, - répondait-il, il y a peut-être un réveil dedans.

- Nooooo. Disait le médecin, c'est le son du coeur.

ويكون دائما مُعلقا في عنق الأطباء والطبيبات،

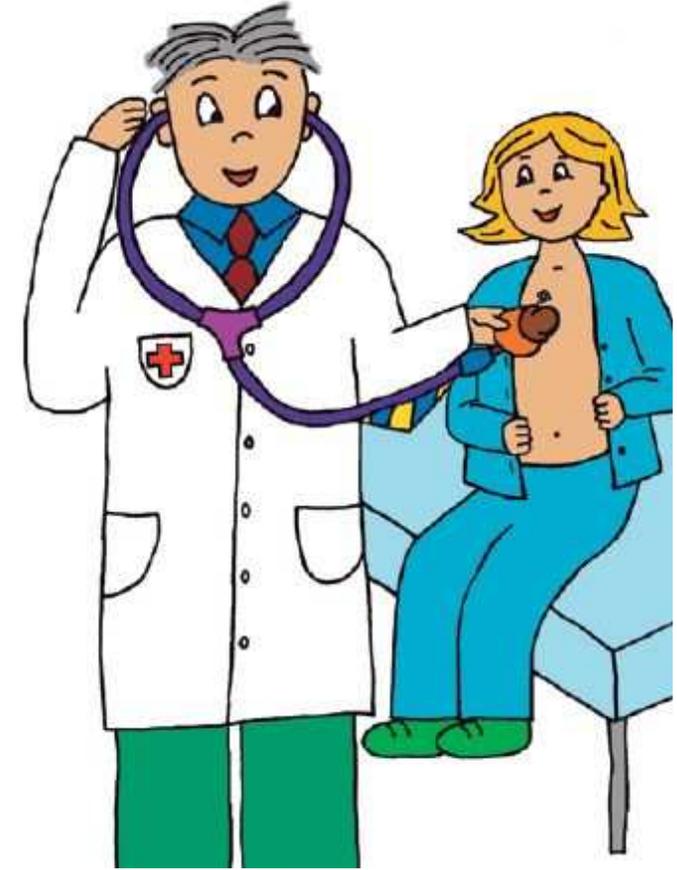
إلا في ساعة عمله يصعد إلى أذني الطبيب ليحكي له ما قد يسمعه داخل صدور الأطفال.

- فسأله الدكتور مرة: ماذا تسمع يا سيد ميندو؟

- أجاب السيد ميندو: تيك تاك تيك تاك،

ربما يوجد بداخله منبه؟

- فقال له الطبيب: لا!!!!!!!!!!!!!!، إنه صوت القلب



Otra de las veces que le preguntaron a ver qué era lo que escuchaba, dijo:

-Oigo un «toc, toc, toc, toc», quizás alguien esté llamando a la puerta.

-Que no, Mendo, que ya te he dicho una y mil veces que es el sonido del corazón- le volvía a decir el médico.

También podemos escuchar los ruiditos que hace el aire cuando los niños respiran - continuaba diciendo el médico-

-¡Ah, es verdad, a veces silba!- decía Don Mendo.

Zer entzuten zuen galdetu zioten beste egun batean esan zuen:

-«Dan, dan, dan...» entzuten ari naiz. Beharbada ate joka ari dira.

-Ezetz ba, Mendo, esan dizut behin eta berriz bihotzaren hotza dela hori - esaten zion berriz ere medikuak.

Umeeek arnasa hartzen dutenean aireak egiten dituen zaratatxoak ere entzun ditzakegu -azaltzen zion medikuak.

-A, bai, egia da. Batzuetan txistu jotzen du... -azaltzen zuen On Mendok.

\* Une autre fois où on lui a demandé ce qu'il écoutait, il a dit:

-J'entends «toc, toc, toc, toc», peut-être quelqu'un est en train de frapper à la porte.

-Mais non, Mendo, je t'ai déjà dit une et mille fois qu'il s'agit du son du cœur- disait le médecin, encore une fois.

On peut entendre aussi les petits bruits que fait l'air quand les enfants respirent

- ajoutait le médecin -

- Ah, c'est vrai, parfois il siffle- disait Mendo.

One of the times he was asked about what he heard, he said:

-I hear a toc, toc, toc, maybe somebody is knocking at the door.

-No, Mendo, I have told you once and again that is the sound of the heart- told him the doctor,

We can also hear the noises that air makes when children breathe- went on saying the doctor.

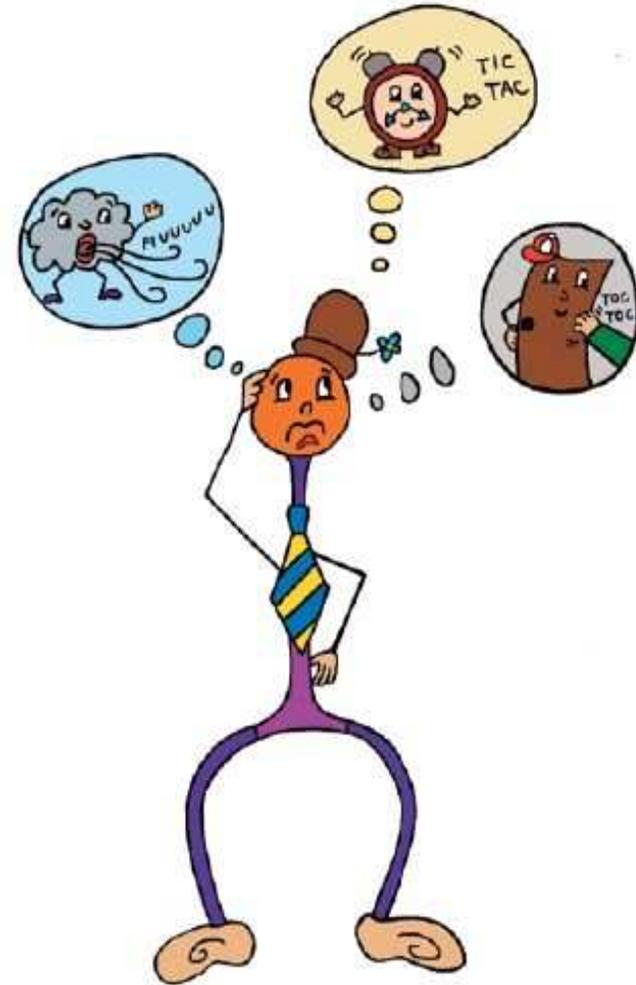
-Ah, it is true, sometimes it whistles, said Mr Phonendo.

..... و عندما سأل الطبيب مرة أخرى عما يسمعه. أجاب: أسمع توك

توك، توك، ربما أحد يطرق الباب.

- فعادوه الطبيب بالقول: ليس الأمر هكذا يا ميندو، ألم أقل لك

مرة وألف مرة أنه صوت القلب.



•  
•  
•

Una vez, me contó Don Mendo que él era capaz de escuchar canciones y otros sonidos dentro del pecho de los niños y niñas y que la que más le gustaba era una que decía así:

Don Mendo Fonendo  
Se pone a escuchar  
Tarari tarará  
Jilqueros, canciones  
Y el ruido del mar  
Tarari tarará.

Behin batez kontatu zidan On Mendok neska-mutilen hular barruan abestiak eta beste soinu batzuk entzun zitzaizkela. Eta gustukoan zuenak halaxe zioela:

On Mendo Fonendo  
adi-adi ari da ari:  
txori txorrotxio  
kantu kantari;  
itsas murmurio  
kontu kontari.

One day, Mr Phonendo told me that he could hear songs and other sounds inside the chests of little boys and girls, and the one he liked most was one that said:

Mister Phonendo  
Starts listening  
Tarara, tarari  
Goldfinches, songs  
And the sound of the sea  
Tarari, tarará  
Tarara, tarari.

•••••

•••••

•••••

Une fois, m'a raconté Monsieur Phonendo qu'il était capable d'écouter des chansons et d'autres sons dans la poitrine des enfants... et celle qu'il aimait le plus était comme ça :

Monsieur Phonendo  
se met à écouter  
tarari, tararé  
chardonnerets, chansons  
et le bruit de la mer  
tarari, tararé.

ذات مرة ، حدثني السيد ميندو أنه كان بإمكانه سماع الأغاني وأصوات أخرى داخل صدور البنين والبنات، وأعجب كثيرا بتلك التي تقول:

السيد ميندو فوميندو  
أخذ يستمع  
تاراري تارارا  
الحسون والأغاني  
وخرير البحر  
تاراري تارارا.

•••••



## 9.7. ANEXO 8. CUENTO 5: DON DEPRESOR

Érase una vez un señor muy triste, muy triste, que se llamaba Don Depre y se apellidaba Sor.

Solía estar delgado como un palo y muy paliducho porque no le gustaba nada tomar el sol.

Il était une fois un monsieur très, très triste, dont le prénom était Abaisse et dont le nom était Seur.

Il était mince comme un bâton et tout pâlot, car il détestait s'exposer au soleil.

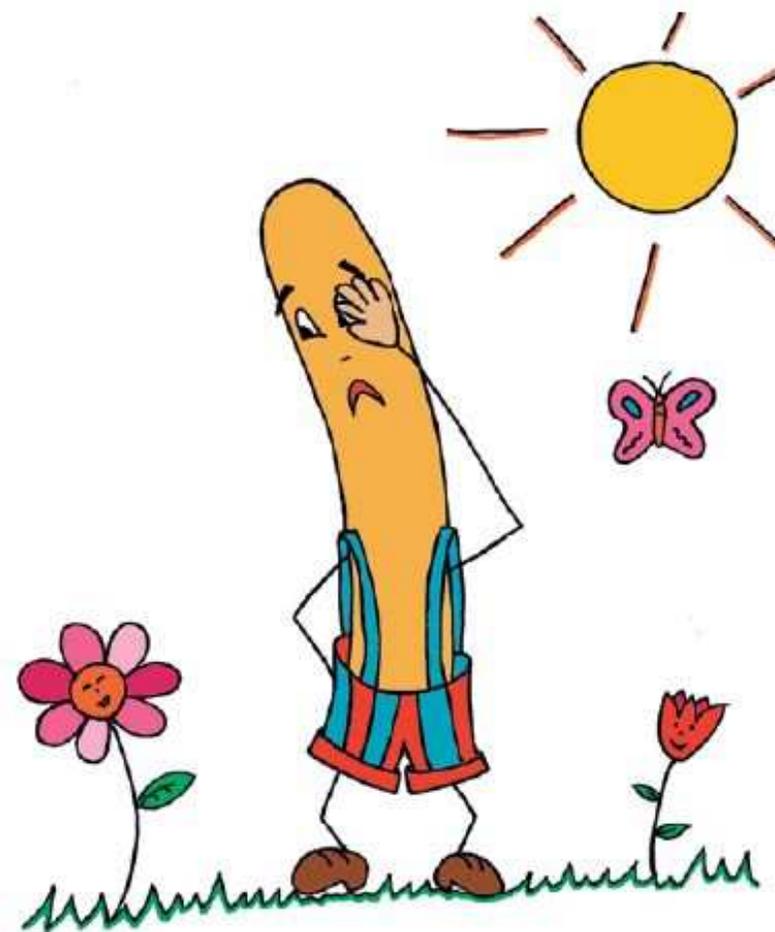
Once upon a time there was a man who was very, very sad, his name was Depre and his surname Sor.

He used to be as thin as a rake and his skin was very pale because he hated sunbathing.

Bazen behin oso triste zen gizon bat. Oso-osoa triste zen eta On Depre zuen izena eta Sore abizena.

Fin-fin egon ahi zen, makila bat bezain mehe. Eta oso zurbil, ez zuelako atsegin eguzkitan egotea.

كان يا ما كان، كان هناك رجل  
حزين جداً، يدعى خافض اللسان.  
كان نحيفاً كالعصا وشاحب الوجه،  
لأنه لم يكن يوماً يحب أخذ حمام  
شمس.



Su trabajo consistía en entrar en la boca de los niños para... bueno, mejor se presenta él y os lo cuenta:

-Soy un palito muy delgadito en tu boca entraré la luz encenderé y tu garganta miraré  
**¡GRACIAS** por dejarme ver!

Don Depre era muy educado, pues siempre daba las gracias.

.....

On Depreren lana zen haurren ahoan sartu eta... tira, hobe izango da berak azaltzea:

Ni naiz makila fin-fino; ireki ahoa, adiskide fina; argia piztuta... jakina! Ikusi dut zure estorriko mina.

**ESKERRIK ASKO,** adiskide mina.

Ongi kezia zen On Depre; beti ematen zituen eskerrak.

His job was to go into the children's mouths to... well, it would be better if he introduced himself and told you all about it:

I am a small stick

Very very thin

I'll get into your mouth

I'll switch on the light

and look at your throat

**THANK YOU** for letting me see in

Mr Sor was very polite, he always said «thank you».

.....

كان عمله يتمثل في الدخول إلى فم الأطفال... حسناً، من الأفضل أن يتقدم هو بنفسه ويحكي لكم ذلك:

أنا عصا صغيرة

نحيفة جداً

أدخل فمك

أشعل الضوء

أتفحص حلقك

شكراً على السماح لي بذلك.

Il s'occupait d'entrer dans la bouche des enfants pour... bon, c'est lui qui va se présenter, écoutons-le :

Je suis un petit bâton très mince

j'entrerai dans ta bouche

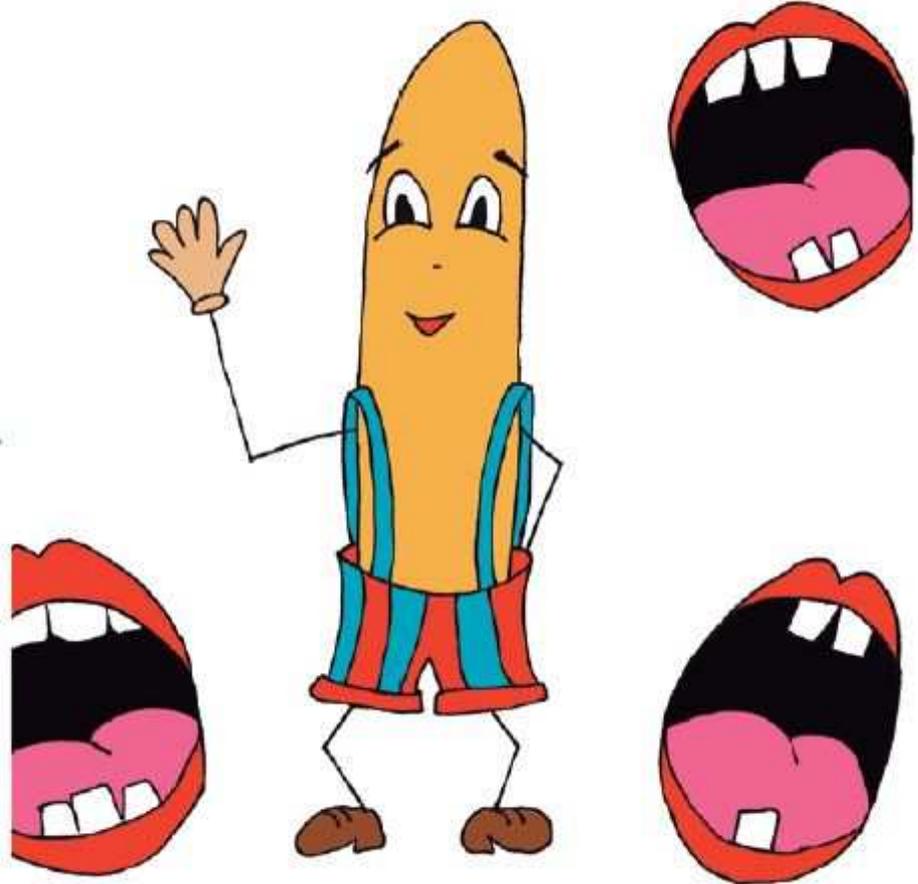
-j'allumerai la lumière

et je regarderai ta gorge

**MERCI** de me permettre la voir !

Abaisse-Teur était très poli car il remerciait toujours.

.....





Cuando los niños y niñas cerraban la boca, Don Depre se ponía contento, ¡Yupiii!, porque muchas veces pintaban en él ojos, boca, nariz y se convertía en un palo muy divertido. En esas ocasiones prefería que le llamaran al revés. Don Sor Prede y hasta se ponía un poco colorado, jeje, sin tomar el sol. Don Depre Sor... Don Sor Prede... **SORPRENENTE, ¿verdad?**

Neska-mutilek ahoa ixten zutenean, On Depre pozik jartzen zen: lupiiii! Izan ere, sarritan begiak, ahoa eta sudurra margotzen baitzizkioten haurrek... eta hala, makila jostari bihurtzen zen, alai-alai. Hain alai non, batzuetan, batuta bihurtuta, kantuan hasten zen On Depre Sore: Do-Re-Re-Sol-Re. Eta gorritu ere gorritzen zen pixkat, kar-kar, eta eguzkitan jarri gabe, La-Si-Fa-Re, «farre eta farre».

Quand les enfants fermaient leurs bouches, Abaisse Seur se rendait content... Chic alors !, parce que très souvent ils dessinaient sur lui les yeux, la bouche, le nez et il devenait un bâton très amusant. Alors, il préférait qu'on l'appelle à l'envers. Seur Abaisse et il rougissait même sans prendre le soleil. Abaisse Seur... Seur Abaisse... **SURPRENANT, n'est-ce pas ?**

When the boys and girls closed their mouths, Depre felt very happy. Whooopee!, because sometimes they painted eyes, mouth and nose on him and he became a very funny stick. In those cases he would rather be called his name back to front Sor Pres and he even went a bit red, jeje, without sunbathing. Sor Pres... **SURPRISING, isn't it?**

عندما يغلق الأطفال أفواههم،  
يحبس الخافض بالسعادة!!! عظيم!!،  
لأن أغلب الأطفال بعدها يرسمون  
عليه عينا، وجها، أنفا.... فيتحول  
إلى عصا مسلية.  
في تلك الأحوال كان خافض اللسان  
يحب أن يدعوته باسمه مقلوبا:  
هاهاها من دون حمام شمس.  
السيد خافض اللسان أو آلة اللسان  
الخافضة- مذهل جدا، أليس كذلك



## 9.8. ANEXO 9. CUENTO 6: DON OTO SCOPIO

Érase una vez un señor muy serio, muy serio, que se llamaba Don Oto Scopio.  
Don Oto era muy mirón, le encantaba ver qué había dentro del oído de los niños y de las niñas.

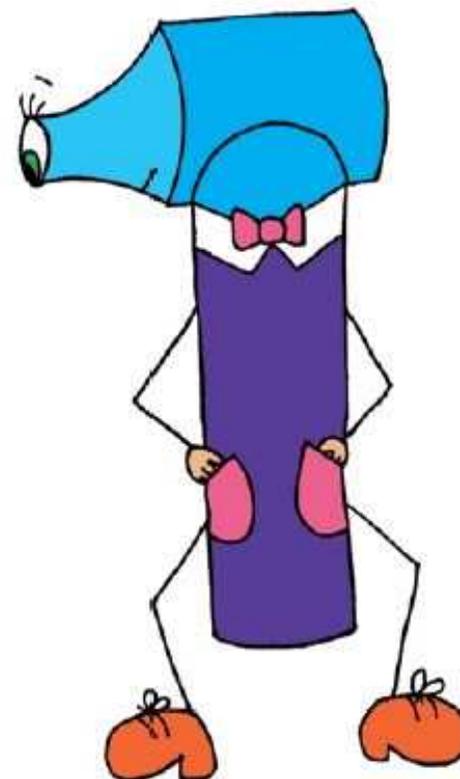
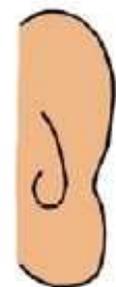
Il était une fois un monsieur très sérieux, très sérieux, qui s'appelait Oto Scope.  
Oto Scope était très curieux, il adorait voir ce qui était à l'intérieur de l'oreille des petits garçons et des petites filles.

Once upon a time there was a very, very serious man called Oto Scope.  
Mister Scope was very nosy, he loved looking into children's ears to see what there was inside.

Bazen behin oso serioa, oso-oso serioa zen gizon bat On Oto Skopio izena zuena.  
On Oto oso begiluzea zen; ikaragarri gustatzen zitzaion neska-mutilen belarri barruetan zer zegoen ikustea.

يحكى أنه كان هناك سيد جداد اسمه السيد منظار الأذن.  
كان يدقق النظر كثيرا.

يحب رؤية ما بداخل أذن الفتيان والفتيات.



Cuando Don Oto se ponía a mirar,  
llamaba a los doctores y doctoras y les  
decía:

- Mirad, mirad todo lo que vemos por  
aquí.

Los doctores muchas veces decían:

- ¡Ohhhhhh!

Y Don Oto les respondía:

- ¡Ahhhhhh!

Quand Oto Scope se mettait à regarder, il  
appelait les docteurs et leur disait:

- Regardez, regardez tout ce que nous  
voyons ici.

Les docteurs disaient très souvent:

- Ohhhhhhhhhhh!

Et Oto Scope répondait:

- Ahhhhhhhhhhh!

Whenever Oto started looking into the  
ears, he called the doctors and told  
them:

-Look, look what we can see over here,  
The doctors used to say

-Ohhhhhh!

-And Mr Scope answered back saying:

Ahhhhh!

On Oto begira-begira jartzen zenean,  
medikuei deitu eta esaten zien:

- Begira, begira hemendik ikusten dugun  
guztiari.

Eta medikuek esaten zuten sarritan:

- Oooooooooo!

Eta On Otok erantzuten zien:

- Aaaaaaaaaa!

كما شرع السيد المنظار

في الفحص، ينادي

الأطباء ويقول لهم:

- انظروا، انظروا، ما ذا

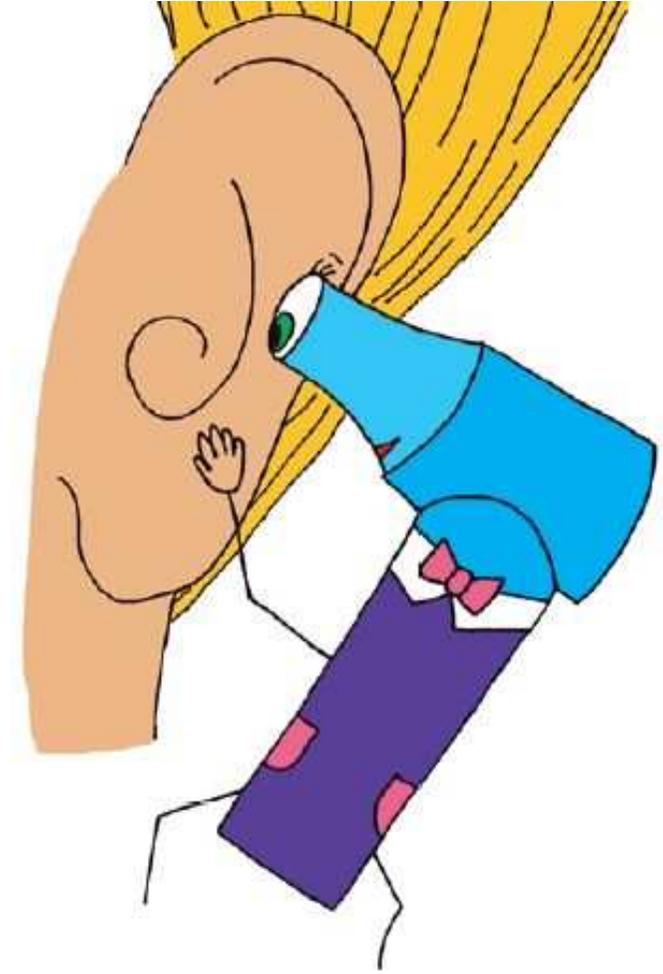
هنا.

و كثيرا ما يقولون:

أوأوأوأ . . . . .

- و يرد عليهم السيد

المنظار: أوأوأوأ . . . . .



Parece que era muy interesante lo que veían los doctores, tanto tanto que Maku quiso saber qué se veía por allí. Entonces le dijo a Don Oto:

- ¿Me dejas mirar lo que tú miras?

A lo que Don Oto, serio, serio, respondió:

- Bueno, vale, de acuerdo...

Iker también quería mirar... No sé, a lo mejor se veía una película de dibujos animados.

Il paraît que c'était tellement intéressant ce que les docteurs voyaient que Maku a voulu savoir ce qu'on voyait là. Alors elle a dit à Oto Scope :

- Est-ce que tu me permets de voir ce que tu vois ?

Oto, très sérieux lui a répondu :

- Bon, d'accord...

Iker aussi voulait voir... Je ne sais pas, on voyait, peut-être, un film de dessins animés.

What the doctors saw seemed to be really interesting, so much that Maku wanted to see what could be seen there. Then he said to Mr Scope.

-Could I have a look at what you are looking at?

Oto, very very serious, answered:

-All right, OK, you can.

Iker wanted to look as well. I don't know, maybe you could see a cartoon film.

Antza denez, oso interesgarria zen medikuek ikusten zutena. Hain interesgarria... Maku ere handik zer ikusfen zen jakin nahi izan zuen.

Eta esan zion On Otari:

- Utziko didazu zuk begiratzen diozun horri begiratzen?

On Otak, serio-serio, erantzun zion:

- Bueno, tira, ados...

Ikerrek ere begiratu nahi zuen... Ez dakit, bada, marrazki bizidunak ikusiko ziren beharbada.

بيدو أنه أمر مهم. فأراد  
ماكو معرفة ما يُشاهدون، فقال  
للسيد المنظار:

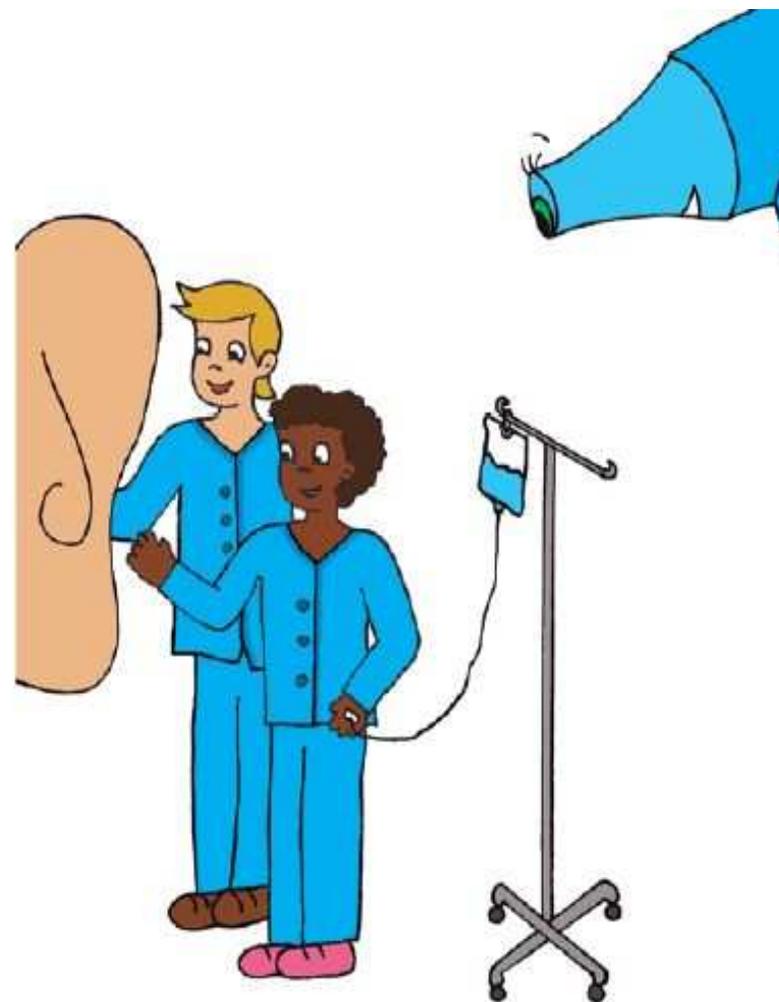
- أتدعني أنظرُ إلى ما تنظر  
إليه؟

فأجاب السيد المنظار بجديته

المعهودة: حسناً، موافق.....

يكر أيضاً يريد أن ينظر، من

يدي، يمكن مشاهدة فيلم للرسوم  
المتحركة.



Pocos sabían que Don Oto era un mago y cuando los niños miraban a través de él, podían ver las cosas que más les gustaban.

Maku veía mariposas y flores, Iker veía caramelos y otras «chuches», Chu Lin veía peces y anémonas...

¡Qué contento se puso Don Oto al ver felices a los niños!

Gutxiak zekiten jakin On Oto aztia zela eta, begiratzen zuen zuletik begiratuta, gustukoak zitzuzten gauzak ikus zitzaizketela haurrek.

Tximeletak eta loreak ikusten zituen Maku, gozakiak eta beste litzarrerria batzuk Ikerrek, arrainak eta anemonak ikusten zituen Txu Linék...

Zeinen alai jarri zen On Oto umekak pozik ikustean!

Peu de gens savaient qu'Oto Scope était un magicien et quand les enfants regardaient à travers lui, ils pouvaient voir les choses qu'ils aimaient.

Maku voyait des papillons et des fleurs, Iker voyait des bonbons et d'autres «sucrées», Chu Lin voyait des poissons et des anémones de mer.

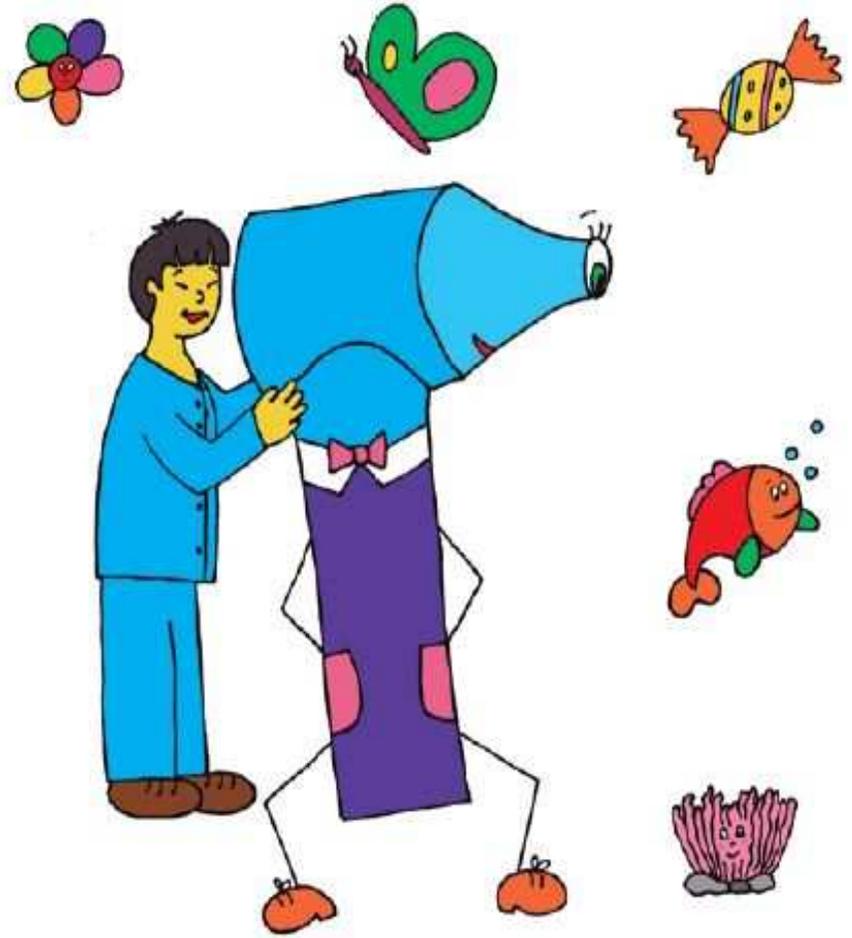
Comme il était content, Oto Scope quand il voyait les enfants heureux!

Very few people knew that Mr Scope was a wizard and, when children looked through him, they could see the things they most liked.

Maku saw butterflies and flowers, Iker saw caramels and other sweets, Chu Lin saw fish and anemones.

How happy Oto felt when he saw the children so happy!

قليلاً من كان يعرف أن السيد المنظار كان ساحراً،  
وعندما ينظر الأطفال فيه يرون أشياء يحبونها كثيراً.  
مأكو رأى فراشات وأزهاراً و/يكر رأى حلوى  
و"أشياء أخرى" وشولين رأى أسماكاً و شقائق النعمان.  
إكم كان السيد المنظار سعيداً و هو يرى الأطفال فرحين!



En verdad, pensó, «es un poco aburrido ser tan serio».

Entonces decidió hacer una fiesta en la casa-maletín en la que vivía con Doña Pincha, Don Depre, Don Mendo y Don Tensi.

Bailaron y rieron hasta decir BASTA, momento en el que Don Hospital apagó sus luces para que los niños pudieran dormir en silencio...

•• A vrai dire, a-t-il pensé, «il est ennuyant d'être si sérieux»

Alors, il a décidé de faire une fête dans la maison-trousse où il vivait avec Pique Seringue, Abaisse Seur, Mendo Phonendo et Tensi Mètre.

Ils ont dansé et ils ont ri jusqu'à dire C'EST SUFFIT, moment où Monsieur Hôpital a éteint ses lumières pour que les enfants puissent dormir en silence...

•• In fact, he thought, it is quite boring to be so serious.

Then he decided to have a party in the bag-house where he lived with Prickly, Depre, Mendo and Tensi.

They danced and laughed until they were exhausted; at that moment Mr Hospital switched his lights off so that the children would be able to sleep in silence...

«Egia esan», pentsatu zuen, «hain serioa izatea ere, aspergarri samarra da».

Eta horrela, etxean jai bat egitea erabaki zuen. Maletatxo batean bizi zen On Oto, Xixt Andrearekin, On Deprerekin, On Mendorekin eta On Tentsirekin.

Dantzaz eta barrezka ibili ziren, NAHIKOA esan arte. Une horretan Ospitale Jaunak bere argiak itzali zituen haurrek isiltasunean lo egin ahal izateko.

بعد ذلك فكر: "إنه أمر ممل أن أكون جادا لهذا الحد".

فقرر تنظيم حفلة في حقيبة الحقنة

الواخزة و السماعة وقياس الضغط.

رقصوا و ضحكوا حتى تعبوا، و حان

الوقت الذي يطفىء فيه السيد المستشفى

أضواءه لينام الأطفال في هدوء... فلم

يعد يُسمع إلا قهقهة السيد قياس الضغط،

لأنه لم يضحك حتى اليوم بهذا الشكل.

