



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

MODALIDAD ABIERTA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO

LOCAL

**“CREACIÓN DE LA LUDOTECA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO” 2006**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MASTER EN
GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORAS

LIC. MYRIAM DEL ROCIO ARBOLEDA LIMA

LIC. FLOR ELENA LEMA GUAIPACHA

DIRECTOR DE TESIS

MG DR WILSON NINA

AMBATO – 2006 – ECUADOR

CERTIFICACION

Dr. Wilson Nina
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “CREACIÓN DE LA LUDOTECA HOSPITALARIA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO” 2006 el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo

Ambato, Agosto 2006

Dr. Wilson Nina

SESIÓN DE DERECHOS

Nosotras, “Flor Lema y Miriam Arboleda” declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice”Forma parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional cooperativos de la universidad”.

Ambato, Agosto 2006

Lic. Miriam Arboleda

Lic. Flor Lema

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, sugerencias y todos los aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de sus autoras.

Ambato Agosto de 2006

Lic. Myriam del Rocío Arboleda Lima

C.I No 180291487-7

Lic Flor Elena Lema

C.I. No 020126464-5

DEDICATORIA

“El ser humano tiene la dicha de llegar hasta donde soñó, disfrutando vivir la vida cada minuto cada segundo junto a quienes ama y lo aman de verdad”

Dedico todo mi esfuerzo y satisfacciones a lo largo de la formación de la Maestría, a mis padres quienes con su ejemplo de honestidad, trabajo y apoyo incondicional me han enseñado que las metas se alcanzan y que la mejor herencia para una hija es el saber aprovechar los estudios.

A mi amado esposo, Carlos compañero fiel y amigo sincero que con amor y comprensión supo apoyarme aún en los momentos más difíciles y disfrutar de mis éxitos.

Con profundo amor a mis hijos María Gabriela e Isac que son mi inspiración y por quienes procuro ser cada día mejor.

MYRIAM DEL ROCIO ARBOLEDA LIMA

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darme la vida, sabiduría y virtudes indispensables en el cumplimiento de esta noble tarea.

A mi hija Luz emprendedora de amor, sacrificio, abnegación y fortaleza en los momentos cuando el cansancio era el vencedor de esta meta

A mis padres que por su afán y sacrificio fue posible la culminación de mis estudios.

FLOR LEMA

AGRADECIMIENTO

Las Maestranteres, dejamos constancia de nuestro sincero e inolvidable agradecimiento a las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja por promover estudios de Cuarto Nivel Modalidad a Distancia a los Tutores que supieron compartir sus conocimientos y de manera especial al Mg Dr. Wilson Mina quien con entusiasmo supo guiarnos hasta llegara a la meta soñada.

De igual manera, agradecemos a todos los miembros del Departamento de Pediatría y Psicología Psiquiatría del Hospital Provincial Docente Ambato, quienes con su participación y colaboración, facilitaron la ejecución del proyecto.

Agradecemos también a las personas de buen corazón que con voluntad contribuyeron a la implementación de la Ludoteca Hospitalaria, a los niños hospitalizados motivo del interés por ejecutar el proyecto.

Va nuestro agradecimiento profundo a nuestras familias que con amor y comprensión supieron acompañarnos hasta el fin anhelado

LIC. MYRIAM DEL ROCIO ARBOLEDA LIMA Y LIC FLOR ELENA LEMA

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

CARATULA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
SESION DE DERECHOS.....	iii
AUTORIA.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE.....	viii

APARTADOS

1. RESUMEN	12
2. ABSTRACT.....	14
3. INTRODUCCION.....	14
4. PROBLEMATIZACION.....	20
4.1 DELIMITACION FISICO AMBIENTAL.....	22
5. JUSTIFICACION.....	23
6. OBJETIVOS.....	26
OBJETIVO GENERAL.....	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
7. MARCO TEÓRICO.....	28
7.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	28
7.1.1 ASPECTOS GENERALES.	28

7.1.2. Objetivos del Hospital.	30
7.1.3 Función del Hospital.	30
7.1.4 DINÁMICA POBLACIONAL.....	31
7.1.5 CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS SOCIALES.....	31
7.1.6 CONDICIONES DE SALUD Y VIDA.....	31
7.1.7 CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	32
7.1.8 GENERALIDADES DEL SERVICIO DE PEDIATRIA.....	32
7.1.9 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	39
7.1.10 MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	41
7.1.11 VISIÓN.....	41
7.1.12 CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.	42
7.1.13 SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD.....	44
7.2 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	45
7.2.1 ¿QUÉ ES UNA LUDOTECA?.....	45
7.2.2 Historia.....	45
7.2.3 Definición.....	47
7.2.4 Ludotecas en México.....	48
7.2.5 Funciones de una ludoteca.....	48
7.2.6 Beneficios.....	50
7.2.7 Tipo y funcionamiento de diferentes ludotecas.....	51
7.2.8 Las ludotecas como instrumento de evolución del entorno lúdico infantil..	55
7.2.9 Hacia un proyecto pedagógico globalizador de las ludotecas.....	58

7.2.10	Necesidades de las ludotecas en la sociedad actual.....	60
7.3.1	PSICOLOGÍA INFANTIL.....	61
7.3.2	Historia	62
7.3.3	El estudio científico.....	63
7.3.4	Estudios ambientales.....	64
7.3.5	Teorías evolutivas o del desarrollo.....	66
7.2.6	Desarrollo infantil.....	68
7.3.7	¿Herencia o ambiente?.....	68
7.3.8	Crecimiento físico.....	69
7.3.9	Actividad motora.....	69
7.3.10	Lenguaje.....	70
7.4	IDENTIFICACIÓN PSICOLÓGICA.....	71
7.4.1	Formación de la personalidad.....	71
7.4.2	Inteligencia y aprendizaje.....	72
7.4.3	Relaciones familiares.....	73
7.4.4	Relaciones sociales.....	74
7.4.5	Socialización.....	75
7.4.6	Tendencias actuales.....	76
7.7	Psicología del niño enfermo.....	77
7.8	El juego.....	124
8.	DISEÑO METODOLOGICO.....	137
8.1	CONTEXTO METODOLOGICO.....	138

8.2	INVOLUCRADOS DIRECTOS E INDIRECTOS.....	138
8.3	POSIBLES LIMITACIONES.....	139
8.4	PROYECCIÓN DE LA PROPUESTA.....	139
8.5.	PROPUESTA DE SOLUCION.....	152
8.5.1	DATOS DE IDENTIFICACION.....	152
8.5.2	JUSTIFICACIÓN.....	152
8.5.3	OBJETIVO GENERAL.....	153
8.5.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	153
8.6	DISEÑO DE LA PROPUESTA.....	154
8.7	PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACION.....	163
8.8	EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA.....	165
8.8.1	Socialización de la Propuesta.....	165
8.8.2	Difusión de la Propuesta.....	166
8.9	Monitoreo de la Propuesta.....	166
8.10	Indicadores de Evaluación.....	174
9.	RESULTADOS.....	172
10.	CONCLUSIONES.....	187
11.	RECOMENDACIONES.....	190
12.	BIBLIOGRAFIA.....	192
13.	ANEXOS.....	196

1. RESUMEN

El servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato con capacidad de 45 camas y distribuido en áreas de trabajo complejas, cada una de ellas con sus propias características así: Cuidados críticos, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, traumatología, cirugía, área de quemados, aislamiento digestivo, aislamiento (sepsis). Cirugía pediátrica, es un departamento cuya demanda de pacientes supera la capacidad disponible, la estadía de los niños hospitalizados oscila entre 5 y 12 días aproximadamente, tiempo en el cual los niños permanecen en sus camas o deambulan por los pasillos del servicio de pediatría para cambiar de ambiente, por otro lado sus padres o personas que quedan al cuidado de los pacientes son sometidos a estrés, preocupaciones por la larga estadía del niño y el mismo ambiente hospitalario que en ocasiones se refleja con el maltrato, despreocupación en la higiene y el cuidado del infante, por estas dos razones principalmente nosotros en calidad de maestrantes de la Universidad Técnica Particular de Loja conociendo de esta realidad decidimos intervenir en este problema generado a diario en el servicio de pediatría y sabedoras de la existencia del cuarto de juegos del departamento utilizado como bodega y salón de reuniones científicas y sociales, emprendimos la creación de la “Ludoteca Hospitalaria” para darle la utilidad propia a dicho espacio ya existente y beneficiar con ella a los niños hospitalizados que demandan de atención de salud con calidad y calidez, por aquello era necesario hacer cambios y crear un espacio acorde a sus necesidades de esparcimiento, distracción y aprendizaje básico, en donde puedan relajarse y cambiar su rutina, por otro lado sus padres y/o acompañantes tendrán su espacio para disponer de un tiempo para ellos y/o compartir el juego con los niños a través del programa de Ludoterapia desarrollado con el personal de salud del departamento de Psicología ejecutado en la ludoteca hospitalaria.

Se consiguió implementarla en sus necesidades básicas tanto para el guía como para los niños que acuden a ella, el personal de salud del departamento está capacitado para aportar con los propósitos de la ludoteca y se ve el entusiasmo tanto en los niños, padres y/o acompañantes, en el personal del servicio de pediatría.

2. ABSTRACT

The service of Pediatrics of the Educational Provincial Hospital Ambato with capacity of 45 beds and distributed in complex work areas, each one of them with their own characteristics this way: critical Care, illnesses diarreas, breathing illnesses, traumatología, surgery, area of burnt, digestive isolation, isolation (sepsis). Pediatric surgery, is a department whose patients' demand overcomes the available capacity, the demurrage of the hospitalized children it oscillates approximately between 5 and 12 days, time in which the children remain in their beds or they stroll for the corridors of the pediatrics service to change atmosphere, on the other hand their parents or people that are under the care of the patients are subjected to estrés, concerns for the boy's long demurrage and the same hospital atmosphere that he/she is reflected with the abuse in occasions, easiness in the hygiene and the infant's care, for these two reasons mainly us in quality of maestrantes of the Technical University Peculiar of Loja knowing of this reality decides to intervene in this problem generated to newspaper in the pediatrics service and knowing of the existence of the room of games of the department used as cellar and living room of scientific and social meetings, we undertook the creation of the "Hospital Ludoteca" to already give him the utility characteristic to this space existent and to benefit with her to the hospitalized children that they demand of attention of health with quality and warmth, for that it was necessary to make changes and to create an in agreement space to their esparcimiento necessities, distraction and basic learning where can relax and to change its routine, on the other hand their parents accompanying y/o will have its space to have a time for them y/o to share the game with the children through the program of Ludoterapia developed with the personnel of health of the department of Psychology executed in the hospital ludoteca.

It was possible to implement it in their basic necessities as much for the guide as for the children that go to her, the personnel of health of the department it is qualified to contribute with the purposes of the ludoteca and leave the so much enthusiasm in the children, parents accompanying y/o, in the personnel of the pediatrics service.

3. INTRODUCCION

Una de las tareas que enfrentamos hoy en día, es la creación de una conciencia Social que recupere y rescate el juego, las tradiciones, la cultura y la actividad creadora en los niños, jóvenes y adultos, dentro de nuestras comunidades y centros educativos. Por eso se propone alternativas, dinámicas, implementando actividades, lúdicas, artísticas, artesanales y creativas en el contexto comunitario, por esto surge esta propuesta enfocada dentro de un nuevo espacio llamado ludoteca se plantea como un vehículo de reanimación del juego en el interior de las familias y de hospitales o sectores deprimidos, promoviendo la comunicación, la integración, el trabajo en equipo, el esparcimiento y la recreación, una alternativa más para ayudar a amenizar los problemas de salud, las dificultades y los conflictos, es a través del juego donde los padres, maestros, parvularios, docentes, actores etc, se ven en la necesidad de rescatar crear y respetar todas las actividades que favorece la expresión, imaginación y creatividad a través de las ludotecas, valorando así el significado socio cultural, pedagógico, educativo del juego y los juguetes. Por ello es necesario que en los centros hospitalarios pediátricos se potencie la creación y funcionamiento de las ludotecas para contribuir a que la estadía sea más agradable y productiva.

Las ludotecas se justifican por la pérdida de espacios de juego en la calle, la falta de compañeros de juego, el número de hijos en el núcleo familiar, la imposibilidad de disponer de materiales de juego y el reconocimiento como indispensable en el desarrollo infantil y juvenil.

En centros asistenciales de salud favorecen la recreación, interacción y desarrollo de creatividad a través del juego y aprendizaje básico dirigido por personal capacitado.

El objetivo está encaminado dentro de un marco de desarrollo comunitario prestar a los niños y niñas que escojan, practiquen el juego en grupo, orientar a los padres o personas que estén al cuidado en relación al consumo de juguetes, Igualar a la integración del niño con necesidad mediante el juego, la construcción de juguetes, la realización de actividades de animación infantil.

Son conceptos lúdicos de múltiples beneficios para los niños o usuarios, además de un espacio ganado para la comunidad con el fin de brindar a los usuarios niños y adultos una alternativa lúdica, creativa de disfrute cotidiano con nuestros juegos y juguetes tradicionales en calidad de préstamos, dándoles la importancia que merecen los juguetes, favorecen a los niños que no pueden tenerlos, crear espacios alternativos de protagonismo juvenil contra la violencia, fomentar el cooperativismo y la interrelación personal en pro de una mejor calidad de vida, auspiciar la autogestión en beneficio del espacio creado, es decir la ludoteca es parte de la misma comunidad, comienza con los juguetes tradicionales y luego se incorporarían muchos más.

La atención integral al infante pretende el hecho de solucionar sus problemas de salud físicos y emocionales, valorando su entorno e interviniendo en él por ello es necesario además involucrar atención de salud con calidez, para ello uno de los recursos es la

creación de espacios amenos propios de su edad y necesidades puesto que el medio hospitalario puede convertirse por si solo en una experiencia hasta traumática.

La realización de esta propuesta pedagógica se presenta como un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social mediante la práctica de actividades físicas e intelectuales de esparcimiento.

4 PROBLEMATIZACION

El servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato con capacidad de 45 camas y distribuido en áreas de trabajo complejas, cada una de ellas con sus propias características así: Cuidados críticos, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, traumatología, cirugía, área de quemados, aislamiento digestivo, aislamiento (sepsis). Cirugía pediátrica, es un departamento cuya demanda de pacientes supera la capacidad disponible, la estadía de los niños hospitalizados oscila entre 5 y 12 días aproximadamente, tiempo en el cual los niños permanecen en sus camas o deambulan por los pasillos del servicio de pediatría para cambiar de ambiente, por otro lado sus padres o personas que quedan al cuidado de los pacientes son sometidos a estrés, preocupaciones por la larga estadía del niño y el mismo ambiente hospitalario que en ocasiones se refleja con el maltrato, despreocupación en la higiene y el cuidado del infante.

Contado con el arduo trabajo de 4 médicos Pediatras Médicos Residentes, 3 Licenciadas en Enfermería 11 Auxiliares de Enfermería 9

Los beneficiarios de la atención de salud corresponde a la demanda espontánea de la comunidad de la provincia de Tungurahua que acuden al servicio de emergencia de la institución transferencias de las 6 áreas de salud, además de clínicas particulares y de las provincias centrales como Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Bolívar.

De acuerdo a la evolución de las patologías el tiempo de estadía de los pacientes hospitalizados oscila entre 5 hasta 12 días aproximadamente.

4.1 DELIMITACION FISICO AMBIENTAL

El Hospital “provincial Docente Ambato” está ubicado al centro de la ciudad de Ambato, limitada por la Av. Unidad Nacional al norte y Av. Pasteur al este, hacia el sur y hacia el oeste. en un sector productivo que actualmente ha ganado amplio desarrollo comercial y urbanístico, cuenta con transporte fluido en horas del día y en la noche disminuye las frecuencias hacia las ciudadelas aledañas.

Esta edificación esta sobre una área de 10.000 m² y consta de 3 pisos 3 terrazas, el servicio de pediatría, ocupa el tercer piso del Hospital a la izquierda cuya área útil es de 406 m²

5 JUSTIFICACION

Siendo parte del equipo multidisciplinario de salud del Hospital Provincial Docente Ambato y procurando fortalecer el proceso de atención de salud con calidez y calidad, hemos resuelto crear la ludoteca del servicio de Pediatría con el fin de garantizar una atención integral al paciente pediátrico y mejorar su adaptación intrahospitalaria a través de la recreación y el aprendizaje básico.

La creación de la ludoteca en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato, constituye un área recreacional y de aprendizaje básico indispensable en el medio hospitalario ya que permite la animación socio cultural en los niños hospitalizados siendo esto una vía de inserción y adaptabilidad al entorno de las casas asistenciales de salud.

Se pretende con la ejecución del Proyecto modificar la estadía de los niños hospitalizados tan rutinizada y fría, encaminada casi por completo solo a mejorar su estado de salud deteriorado y poco se hace por mejorar y/o mantener su óptima salud emocional siendo los niños nuestro propósito de acción y cambio decidimos cambiar este panorama y crear un espacio propio para ellos que contribuya a que su hospitalización no sea la acostumbrada sino que le de algo de alegría satisfacciones, juego libre, recreación y le permita socializar con otros niños que atraviesan una situación similar.

La interacción de padres e hijos en el desarrollo de la ludoterapia promueve un vínculo afectivo estrecho durante la hospitalización y crea hábitos saludables en la estructura y unión familiar.

6 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disponer de un espacio físico de recreación y aprendizaje con una intención educativa intra hospitalaria en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato año 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Gestionar la adquisición del espacio físico por la creación de la ludoteca.
- Conseguir el apoyo y compromiso del equipo multidisciplinario de salud para la realización de ludoterapia en el servicio de pediatría.
- Implementar la ludoteca en el servicio de Pediatría del HPDA.
- Mejorar la adaptabilidad y contribuir al proceso de aprendizaje a través de la recreación en los niños hospitalizados.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 ASPECTOS GENERALES.

El Hospital Provincial Docente Ambato, fue creado gracias a la ayuda técnica y de organización del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y por otra parte a una subvención especial creado por el estado, mediante la cual se cobraba cincuenta centavos por quintal de la carga que entre o salga de la provincia y gracias al empeño y entusiasmo de los miembros de la Honorable Junta de Asistencia Social de Tungurahua y del Señor Subdirector de ese entonces señor doctor Julio Castillo siendo inaugurado el 4 de Junio de 1965.

En ese mismo año, fue declarado docente por la Facultad de Medicina de la Universidad Central, dada las condiciones y requisitos que reunía para el efecto, recibiendo el mes de julio de 1965 a los primeros estudiantes de la Facultad de Medicina en calidad de Internos quienes realizan sus monografías asesoradas por médicos del hospital.

Desde aquel entonces hasta la fecha, han sido muchas las generaciones de profesionales médicos y del resto del personal de salud que han iniciado sus carreras en esta noble institución que en la actualidad acoge a 510 funcionarios, entre empleados y trabajadores quienes en forma conjunta laboran por brindar una atención con calidad y calidez humana.

El Hospital Ambato es una unidad operativa de salud que presta atención ambulatoria e internamiento en las especialidades básicas de la medicina y que cuenta con subespecialidades.

7.1.2. Objetivos del Hospital.

- a. Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de la población (que demanda) en el área de su influencia.
- b. Brindar atención médica integral, eficiente y eficaz a la población que demanda servicios de salud.
- c. Coadyuvar al desarrollo técnico administrativo y científico en la prestación de salud y de las ciencias de salud.

7.1.3 Función del Hospital.

- a. Planificar, ejecutar y controlar el desarrollo de los programas y actividades de salud en su área de influencia.
- b. Desarrollar acciones encaminadas al fomento de la salud.
- c. Ejecutar actividades de protección específica de salud.
- d. Brindar atención de recuperación de salud.
- e. Ejecutar actividades de protección a la salud.
- f. Cumplir con las actividades de rehabilitación de salud.

- Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e intrainstitucional.
- g. Realizar investigaciones en las áreas médicas y administrativas.
 - h. Coordinar las acciones de salud dentro del sistema regionalizado.
 - i. Supervisar y prestar asistencia técnica a la unidad operativa de menor complejidad dentro del sistema regionalizado.

7.1.4 DINÁMICA POBLACIONAL

La población que acude al Hospital está configurada por los diferentes grupos etéreos siendo aproximadamente 60% por adulto mayor y minoritariamente 12% por lactantes, lactante menor y recién nacido.

7.1.5 CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS SOCIALES.

La clase social económicamente activa que acude a la institución en su mayoría corresponde a la clase social media, media baja, baja y extremadamente pobre.

7.1.6 CONDICIONES DE SALUD Y VIDA

Las condiciones de salud y vida de la población que acude al Hospital Provincial Ambato depende de los recursos económicos de los que dispone, así como dotación de servicios básicos, costumbres, hábitos, medio en el que se desenvuelven entre otros

aspectos que influyen directamente en su ritmo y calidad de vida. Es decir las condiciones de salud y vida de la población a la que se presta los servicios de salud son diferentes entre sí y responden a las particularidades del paciente, su familia y su entorno.

7.1.7 CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.

El Hospital Provincial Docente Ambato está ubicado en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, zona urbana y delimitado por la Av. Unidad Nacional al norte y Av. Pasteur al este, hacia el sur y hacia el oeste.

Está ubicado en un sector importante de la ciudad productivo y congestionado en el se encuentran instituciones de educación media y primaria, centros de mercadeo masivo, está ubicado en un sector comercial por excelencia.

7.1.8 GENERALIDADES DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

I PLANTA FÍSICA

- Ubicación en el edificio construido hace 40 años y remodelado hace 2 años
- Servicio construido en la terraza del edificio, inicia con un inadecuado sistema de drenaje. Sin tomar en cuenta los lineamientos básicos de área de aislamientos condiciones de bioseguridad para los clientes, internos, externos incluso la proyección sobre crecimiento poblacional.

- Hacinamiento de pacientes dependientes de una misma patología, obliga a ubicar a 5 pacientes y sus acompañantes en un cuarto o a ubicar diferentes patologías en una misma área, con el riesgo de lograr infección cruzada y esto prolonga tiempo de estadía y aumenta morbimortalidad, uso de recursos y costos
- Usuarios que se ubican en áreas poco funcionales sin lineamientos básicos en áreas de aislamiento los mismos que no cuentan con SSHH y lavabos para la atención exceptuando en tres habitaciones.

Distribución de áreas físicas en salas: 4 pacientes en sala

- 325. Sala de cuidados intermedios
- 301. Despensa y preparación de fórmulas
- 302. Niños desnutridos
- 303. Clínica pediátrica
- 304. Patología respiratoria
- 305. Neonatología Diarreica Aguda
- 318. Traumatología y Neurocirugía
- 316. Cirugía Pedíatrica
- 314. Aislamiento de contacto
- 313. Aislamiento digestivo
- 312. Quemados

Cuarto de juegos y reuniones

Cuarto de tratamiento

2 Estaciones de enfermería para lactantes y escolares

Ambiente para limpieza de equipos

Utillerías para administración de medicamentos en cada sección

Sala de ropa limpia

1 Ambiente para vestuario y secretaría de médicos

1 Bodega central de insumos y materiales

1 Ambiente para ropa de servicio.

II RECURSOS HUMANOS

MEDICOS

- **Personal médico planta:** Cuatro médicos pediatras de planta para una cobertura de hasta de 50 pacientes en horario de 4 hrs de 8 a 12 de lunes a viernes, para cada día 2 horas diarias para consulta externa y dos horas para hospitalización. Fines de semana con visita dependiente de pacientes graves que ameriten.
- **Cada** tratante pediatra se encarga de representar un programa actual de MSP (Ministerio de Salud Pública) SIDA, Tuberculosis, Síndrome del Niño Maltratado.
- **Médicos tratantes que atienden pacientes pediátricos** ingresados para cirugías de especialidad, tales como de cirugía pediátrica cuya producción es continua, al igual de Traumatología y cuya producción es registrada en el área de traumatología, pero cuyos pacientes son atendidos diariamente además por pediatra, enfermera y profesional auxiliar de pediatría.

- **Médicos tratantes de actividad de flujo dependiente** del número de pacientes ingresados tales como de otorringología, neurocirugía sobre todo para procedimientos quirúrgicos.
- **Médicos residentes:** Requeridos 3 en total que realizan guardias de 24 horas cada tercer día.

PERSONAL DE ENFERMERIA

A la fecha trabajan once profesionales Enfermeras de las cuales una es líder y diez miembros de equipo. Nueve Auxiliares de Enfermería. Una Auxiliares de limpieza. Se distribuyen la carga horaria: dos enfermeras de 8 a 12 horas, una de 14 a 20 horas y una de 20 a 8 hs. Las Auxiliares de Enfermería se distribuyen dos en horarios de 8 a 14 hs 14 a 20 horas, 20 a 8 horas.

INFORME ESTADÍSTICO AÑO 2005

Dotación normal de camas: 50 para trabajo 45 para informes estadísticos	
Porcentaje ocupacional: del 65.4% en el 2004	
Hospitalizaciones netas	1.584
Defunciones menores a	-48h
Defunciones mayores a	+48h
Total de días estadía	9.871
Total días paciente	9.495
Total camas disponibles	15.291
Giro de camas	38.9
Intervalo de giro	3.3
Promedio días pacientes	27.3
Promedio días estado	6.2
Promedio días cama disponible	41.08
Promedio días egreso	4.4
Mortalidad +48h	0.6
Dotación de camas	45
Emergencias	6.840

MORBILIDAD TOTAL 2005

Entre las diez causas de morbilidad total constan:

PATOLOGÍA	1roS	2doS	TOTAL
Neumonía	285	175	458
Sepsis	90	187	277
Trauma craneoencefálico	30	51	81
Infección respiratoria aguda	46	5	51
Intoxicación exógena Org Fosf	6	25	31
Apendicitis aguda	7	14	21
Hernia Inguinal	11	7	18
Labio Leporino	16	0	16
Intoxicación alimenticia	16	0	16
Criptorquídea	7	8	15
Las demás	333	365	698
TOTAL	817	835	1682

MORTALIDAD TOTAL

Neumonía	3	4	7
Sepsis	3	2	5
Infección respiratoria aguda	3	0	3
Desnutrición severa	1	0	1
Hemorragia aguda	1	0	1
Reflujo Gastroesofágico	1	0	1
Kwashiorkor	0	1	1
Intoxicación Fósforo Blanco	0	1	1
TOTAL	12	8	20

TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS 2005

Primeras consultas	5.660
Consultas subsecuentes	2.811
TOTAL	8.471

Demanda insatisfecha consulta externa 2600 (incluye a servicio de Neonatología)

III PROCEDIMIENTOS Y NORMAS

- **Existencia de protocolos, de atención pediátrica** de origen consensuado que son los utilizados en sala; con la salvedad de que ameritan ser actualizados, ampliamos a más patología prevalente en piso y que incluya procedimientos realizados.
- **Actividad científica planificada** un día a la semana una hora, amerita realizarse calendario con atención por lo menos mensual
- **Procedimientos. Certificado médico legales** usualmente se realizan entre dos pediatras o un pediatra con el cirujano pediatra. Procedimiento no consignado como actividad extra por estadística. Hay el antecedente de ser calificados como peritos los tres tratantes de pediatría con permiso caducado actualmente.
- **Ausencia de protocolos de atención y convalidación** para casos de maltrato infantil o abuso sexual por parte de Servicio Social Cuya actividad es deficiente a

los requerimientos de piso en frecuencia y tiempo que insume, por no participar en el pase de visita.

- **Existencia de programas vigentes:** Programa de Maternidad Gratuita, de Lactancia Materna – Hospital amigo, de SIDA, de Tuberculosis, de Atención al maltrato infantil, Manejo de desechos.
- Existencia de apoyo de servicio de salud mental con un psiquiatra de dedicación parcial o suplida por estudiantes de rotación muy frecuente que no ofrecen continuidad en terapia ni eficacia en valoración o terapéutica.
- Apoyo a la asistencia mediante la participación de especialidades de adultos, mediante interconsultas realizadas.
- Manejo actual de niños con patología más compleja incrementa tiempo de estadía.
- Sistema de atención complejo por la necesidad de atender al niño, niña o adolescente con sus propias peculiaridades etarias y a la madre o acompañante lo que implica, mayor campo de interrelación y de uso de recursos. Ejem. Realizar tres tipos de recetas para maternidad gratuita en menores de 5 años, medicación a ser expedida en farmacia del hospital y medicación a ser requerida fuera del hospital. Realizar 3 tipos de pedidos de exámenes. Atención a acompañantes

IV. PROGRAMACIÓN Y ADMINISTRACION

- Programación de capacitación al personal médico, enfermería y auxiliar de enfermería, parte de docencia general del hospital o por autogestión en cursos o talleres extrahospitalarios.

- Programación sobre horario de atención en hospitalización y consulta externa instaurada para médicos tratantes: 2HORAS para hospitalización y dos horas para consulta externa.

Hospitalización se divide para cada tratante la responsabilidad de cuartos específicos.

Nos e cumple a cabalidad dada la afluencia mayoritaria de ciertas patologías lo que obliga a colocar niños con diferente patología en un mismo cuarto aún con riesgo de infección cruzada.

En consulta externa se trabaja 4 de los 5 días ya que el quinto se dedica a pase de visita general y a actividad científica. De igual manera la distribución horaria no puede ser instaurada de manera definitiva, dada la rotación de los residentes o a su falta.

- Existencia de docencia no programada sino por gestión durante la asistencia al paciente, dada por los pediatras y el cirujano pediatra.
- Apoyo de laboratorio en forma parcial, ante informes de resultados frecuentemente que no son compatibles con el estado clínico de los pacientes.

7.1.9 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Provincial Docente Ambato cumple con una honrosa responsabilidad que es la de brindar una prestación de servicios de salud de II y III nivel, con enfoque de riesgo. Quienes laboramos en el Hospital Provincial Ambato estamos concientes de que la medicina de grupo y de equipo es la medicina del presente y del futuro, pero también

creemos que la participación social de la comunidad, de las instituciones vinculadas a la salud y del estado son imprescindibles para orientar la ideología y políticas de salud que son necesarias en la institución.

En este espacio en el que se desenvuelve el proceso salud – enfermedad, la socialización de la medicina es una necesidad y derecho de los pueblos y no podemos ni debemos ser indiferentes.

Por esto y más el Hospital Provincial Docente Ambato no ha descuidado en buscar nuevos rumbos de una bien orientado medicina que beneficie a todos los que nos necesitan, razón por la que todo el personal que labora en esta prestigiosa institución, brinda una atención de calidad, eficiente. Oportuna, humana, y con alto nivel científico en cada una de las especialidades y subespecialidades de la ciencia médica.

De la misma manera el HPDA no ha descuidado de ingresar en el proceso de transformación a través de actividades de gestión organizacional por procesos y planificación estratégica, con una visión de conjunto y cooperativa, dos componentes fundamentales para el desarrollo institucional y la consecución del mejoramiento de la salud y el bienestar de la población reiterando nuestro afán de servicio orientado a la recuperación de la salud y a una mejor calidad de vida de nuestra comunidad.

Aspectos Relevantes

- El diseño y el cumplimiento de objetivos orientarán la gestión hospitalaria.

- El sistema de calidad y mejoramiento permanente sustentarán los servicios de salud de la institución.
- La gestión organizacional por procesos fundamentarán el funcionamiento integral del HPDA.

7.1.10 MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Provincial Docente Ambato brinda atención de calidad y calidez a la población de la provincia de Tungurahua y zona central del país, aplicando modelos de gestión de procesos, con recursos humanos capacitados, especializados y comprometidos, con tecnología básica optimizando los recursos disponibles de la institución, con el propósito de conservar la vida, evitar complicaciones, recuperar la salud en coordinación con los diferentes servicios intra y extra hospitalarios.

7.1.11 VISIÓN

Convertirse en el primer Hospital a nivel Regional dentro de 10 años, a través del compromiso de sus autoridades y empleados con procesos dinámicos y flexibles, con una infraestructura física nueva, gestionando mediante un liderazgo comprometido, proyectando un proceso de atención integral e integrado de salud, que cubra al cien por ciento la demanda de los usuarios, tecnología de punta, buscando internamente consolidación del mejoramiento continuo y desarrollo del talento humano altamente profesional innovado organizado y competitivo orientado a la satisfacción total del cliente, que es nuestra razón de ser.

7.1.12 CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Estructuración – Lic. Sánchez

Art. 5.- El Hospital de Ambato depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua y se encuentra conformado por dos principales áreas técnicas: Médicas y Administrativa bajo la responsabilidad de la Dirección del Hospital.

Dirección del Hospital

- Secretaría y Archivo

Unidad de Docencia e Investigación

Dpto. Legal.

Biblioteca

Art. 6.- La Dirección del Hospital, contará con los siguientes organismos, áreas técnicas médicas y administrativas:

1. Organismos de Asesoramiento y de Apoyo integrados por

- Consejo Técnico
- Comités de Adquisición
- Farmacología e Historia Clínicas.

2. Área Médica

- 2.1 Subdirección médica – Integrada por:

- 2.1.1 Servicios Médicos

Medicina Interna

Cirugía.

Gineco – Obstetricia

Pediatría

Odontología

Geriatría

2.1.2 Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

Laboratorio Clínico

Laboratorio de Anatomía Patológica

Radiodiagnóstico

Anestesiología

Medicina Física y Rehabilitación

Gabinetes Diagnósticos

2.1.3 Servicios Técnicos de Colaboración Médica

Enfermería

Trabajo Social

Alimentación y Dietética

Estadística y Registros Médicos

Farmacia

3. Área Administrativa

3.1 Administración Hospitalaria

3.1.1 Oficina de Personal

3.1.2 Área Financiera

- Contabilidad

- Pagaduría

- Inventarios
- 3.1.3 Proveeduría
- 3.1.4 Suministros
- 3.1.5 Dpto. Mantenimiento
- 3.1.6 Servicios Generales
 - Lavandería, ropería y costura.
 - Transporte y movilización
 - Central telefónica e intercomunicación
 - Servicios varios.

Art. 7. Puestos de Trabajo.- El equipo médico personal Técnico y Administrativo, desplegaron también sus actividades coordinadamente en los puestos de trabajo de:

- Consulta externa
- Emergencia
- Hospitalización

Art. 8. El Organigrama Estructural.- Es el que representa la organización estructural del Hospital de Ambato de conformidad al reglamento orgánico funcional general de Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

7.1.13 SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD

Hospitalización:

Medicina interna; cardiología, neurología, gastroenterología, psiquiatría, neurología.

Cirugía:

General, pediatría, plástica, otorrinolaringología, oftalmología, urología, traumatología, cabeza y cuello.

Ginecología**Pediatría**

Neonatología: Cuidados mínimos, intermedios e intensivos.

Geriatría**Atención ambulatoria**

Emergencia: Observación, área crítica

Consulta Externa:

Materno infantil, cirugía, medicina interna, traumatología, urología, gastroenterología, neurología, neurocirugía, psiquiatría, psicología, fisioterapia, oftalmología, otorrinolaringología.

7.2 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL**7.2.1 ¿QUÉ ES UNA LUDOTECA?**

Es un área que corresponde al juego libre, centro de esparcimiento y aprendizaje básico.

7.2.2 Historia

La ludoteca es un centro infantil de tiempo libre que pone a disposición de los niños una colección de juguetes para ser utilizados en el mismo local o para ser tomados en préstamo. Podemos decir que la ludoteca es al juguete lo que la biblioteca al libro.

Fue en Estados Unidos, en 1934, donde se abrió la primera ludoteca. En la actualidad están recomendadas por la Unesco y en algunos países como Inglaterra, Canadá, Francia, Suiza, Bélgica y los países nórdicos hay un acelerado desarrollo de creación de nuevas ludotecas; en ellos se organizan alrededor de asociaciones nacionales o federaciones. En Londres, en 1978, se celebró el Primer Congreso Mundial de Ludotecas. El segundo se realizó en Estocolmo y el tercero en Bruselas, en mayo de 2001.

En la mayoría de los casos, las ludotecas están vinculadas a los municipios o delegaciones provinciales de los ministerios de cultura; a estructuras ya existentes como las casas del niño y las bibliotecas infantiles, aunque algunas funcionan en forma independiente de estructuras públicas y/o asociativas, constituidas como una entidad por sí mismas.

Hoy en día, la mayoría de las ludotecas poseen una estructura administrativa y métodos de trabajo precisos. Los especialistas y responsables de ellas estiman que el juguete no es un objeto para la simple diversión, sino que lo reconocen como un útil instrumento de adecuación, que puede rivalizar con el disco y el libro en la tarea educativa y en el uso constructivo del tiempo libre.

Es necesario señalar que cualquier ludoteca requiere siempre de un gran surtido de juguetes y debe estar en condiciones de afrontar la competencia de tiendas y jugueterías manteniéndose al corriente de las innovaciones que se introducen en el mercado.

7.2.3 Definición

La palabra ludoteca deriva del latín ludus que quiere decir juego, juguete, y del griego théke que significa cofre, caja.

Borja Solé define a la ludoteca como un “lugar en el que el niño puede obtener juguetes en régimen de préstamo y donde puede jugar por mediación directa del juguete con la ayuda de un ludotecario o animador infantil”.

Las ludotecas están consideradas como instituciones recreativo-culturales especialmente pensadas para los niños y su misión es desarrollar la personalidad de éstos mediante el juego, ofreciendo los materiales necesarios (juguetes, material lúdico y juegos), así como orientaciones, ayudas y compañía que requieren para el juego.



Foto: Paris García

Éstas pueden ser instituciones independientes, estar en centros de animación, escuelas, bibliotecas, casas de cultura u otras instituciones socioculturales.

En muchos países su éxito ha sido relativo pues, como lo explica Borja Solé, existen algunas razones para que no se haya logrado en ellas un ambiente idóneo: problemas económicos, de espacio físico, falta de personal, etc. Debe tomarse en cuenta la idea

fundamental de la ludoteca: facilitar el préstamo de juguetes proporcionados por un educador.

7.2.4 Ludotecas en México

La creación de ludotecas en México ha sido reciente en comparación con algunos países europeos como Francia y España, donde estas instituciones son consideradas un fenómeno recreativo, social y educativo desde los años setentas.

Hasta la fecha, son pocas las ludotecas existentes en México,* pero afortunadamente los habitantes de la comunidad juarense cuentan con una ludoteca familiar, ubicada dentro del deportivo Benito Juárez, que cuenta con más de dos mil juguetes clasificados como: deportivos, constructivos, de salón, de tablero e instrumentales. Esta gran variedad de juguetes ha incentivado la asistencia y son ya más de novecientos los usuarios mensuales. Para tener acceso a los servicios que presta la ludoteca es necesario llenar la solicitud de inscripción y contar con una identificación vigente en las ludotecas municipales pues es necesario llevar un registro de los usuarios y sus juguetes de predilección.

7.2.5 Funciones de una ludoteca

1. Proporcionar a los niños aquellos juguetes que hayan escogido en función de sus gustos, aptitudes y posibilidades.
2. Promover el juego en grupos, con compañeros de edades similares.

3. Favorecer la comunicación y mejorar las relaciones del niño con el adulto, en general, y de los hijos con los padres, en particular.
4. Orientar a los padres en relación con la adquisición de juguetes que convengan a sus hijos.
5. Proporcionar material lúdico adecuado para los niños con alguna discapacidad, cualquiera que sea su enfermedad, problema físico o psíquico.
6. Realizar actividades de animación infantil relacionadas principalmente con el juego y el juguete.
7. Probar los juguetes para conocer su calidad material y también las reacciones del niño ante ellos.
8. Facilitar esta información a los fabricantes de juguetes que la soliciten.
9. Reparar aquellos juguetes que se hayan estropeado.
10. Función Recreativa: La ludoteca es un espacio de juego, y como tal ha de ofrecer diversión, ser atractivo y hacer disfrutar a sus usuarios.
11. Función Educativa: El juego, es un mecanismo de aprendizaje innato, la misión de la ludoteca es aprovechar este impulso natural para orientarlo a un desarrollo integral y positivo de la persona.
12. Función socio-económica: Actualmente, muy pocas personas pueden permitirse a nivel particular el uso de las posibilidades de juego que ofrece una ludoteca, y no tan solo a nivel material, sino también de espacios y compañeros de juego que la ludoteca posibilita.

13. Función Comunitaria: Las ludotecas han de emerger como puntos de información sobre el fenómeno lúdico, fuente de recursos para otros colectivos, y han de formar parte del entorno comunitario en el que se encuentran ubicados para desarrollar su papel educativo.

14. Función de Investigación: Las ludotecas son el terreno de pruebas más real que existe para todos los juegos que entran en ella. Por esto hace falta analizar estos materiales y surgir como puente entre consumidores y productores, velando por la calidad de sus herramientas de intervención.

7.2.6 Beneficios

Las ludotecas satisfacen principalmente las necesidades de niños solos, con quienes los padres no juegan. En ella los lazos familiares adquieren fuerza y se estrechan las relaciones de los padres con los hijos.

La ludoteca es una vigilante de la calidad del juego y brinda a los padres la posibilidad de probar diversos juguetes antes de comprarlos.

Allí, el niño usuario se transforma en creador y receptor de juguetes, algunos de ellos, incluso, creados por otros niños de su edad.

La ludoteca constituye un intento de control del consumo irracional. Los precios de los juguetes, como los de todos los artículos, no cesan de aumentar, razón por la cual la ludoteca se ha vuelto una excelente opción.

El principio de la ludoteca, en una perspectiva etnológica, conduce a pensar históricamente sobre el sistema de intercambio de objetos en nuestra cultura y

sociedad. Pero lejos de convertirse en ‘prótesis’ suplementaria de una sociedad que crea objetos para remediar sus propias carencias, pretende mejorar la calidad de la vida y tejer lazos humanos en el seno de una comunidad.

En el medio hospitalario su importancia radica en el hecho de que mejora el proceso de adaptabilidad al mismo y hace la estadía más agradable y hasta inolvidable.

7.2.7 Tipo y funcionamiento de diferentes ludotecas

Actualmente las ludotecas existentes pueden clasificarse de acuerdo con su forma de trabajo y los propósitos que persiguen, y son:

- Ludoteca circulante
- Ludoteca comunitaria
- Ludoteca personal
- Ludoteca escolar
- Ludoteca hospitalaria.

La ludoteca circulante fue creada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mediante la utilización de ludobuses, mismos que recorrían las facultades de la Ciudad Universitaria para facilitar en régimen de préstamo, al estudiante, materiales lúdicos como ajedrez, dominó, material deportivo.

La ludoteca comunitaria es promovida entre niños y jóvenes a quienes se invita a pasar un rato de diversión y esparcimiento, compartiendo juegos y juguetes con otros niños, vecinos de la comunidad donde se ubica el centro lúdico. La difusión de este

tipo de actividades ludotecarias se ha hecho a través de algunas delegaciones políticas del Distrito Federal como Álvaro Obregón, Benito Juárez, y Cuauhtémoc.



La ludoteca personal está integrada por antologías de poemas, cuentos, cantos y juegos, seleccionados con el propósito de que el lector descubra, los disfrute y aprenda a encontrarse a sí mismo.

Ludotecas escolares las hay en instituciones educativas muy diversas. Algunas escuelas superiores, como las facultades de Economía, Medicina y Derecho, de Ciudad Universitaria, cuentan con centros que disponen de materiales lúdicos que responden a las características de los usuarios y de los objetivos que persiguen.

En la Escuela Superior de Educación Física (México) fue recientemente creada una ludoteca por iniciativa de algunos catedráticos que imparten materias de recreación y campamento. Los usuarios son los estudiantes, quienes de manera directa aplican los conocimientos y experiencias adquiridos en su formación profesional.



Ludoteca Escolar (Villaflora – Quito - Ecuador)

En el nivel de educación primaria, algunas escuelas cuentan con ludotecas. En la escuela primaria Adolfo López Mateos (México) fue creada en el año 1988 y en ella se pretende complementar los materiales lúdicos con actividades propias de una videoteca.

También se pueden clasificar las ludotecas considerando su manera de funcionar.

a) La más frecuente es la ludoteca local, que suele constar de una sala en la que los juguetes están colocados en estanterías y clasificados por edades y por clases (educativos, tácticos, deportivos). El niño puede mirarlos, jugar con ellos y compararlos antes de efectuar su elección y dirigirse a la mesa donde le espera el

animador. Este último le preguntará su nombre y buscará su ficha personal, a la que adjuntará la ficha del juguete, para cotejar ésta con el estado en que se proporciona el juguete al niño. Finalmente se lo entrega por un periodo máximo, que en general es de unos quince días. En esa misma sala o en otra cercana se suele encontrar un área de juegos, en la que el niño puede jugar libremente con los juguetes especialmente destinados a ser utilizados en ella.

b) Otro tipo de ludoteca es la itinerante. Una de sus modalidades es la que funciona impulsada por instituciones provinciales con el fin de acercar el juguete a núcleos rurales en lo que alguna asociación, centro de tiempo libre o escuela se convierten en sedes de dicha ludoteca itinerante. Las ludotecas de este tipo cuentan con un depósito central de juguetes y un medio de transporte, generalmente una camioneta o camión, en el que llevan los cofres que contienen los juguetes hacia las diversas entidades que se responsabilizan de los mismos. Se realizan viajes a cada núcleo para cambiar los juguetes, para llevarse los que había dejado y dejar los nuevos ya solicitados y seleccionados por los responsables de las entidades a quienes se les dejó previamente un fichero descriptivo de juguetes existentes.

c) Algunas ludotecas suelen combinarse con otros servicios de animación infantil como bibliotecas, diversas actividades culturales, recreativas y deportivas.

d) También existen ludotecas especializadas en el trabajo con discapacitados. Suelen funcionar exclusivamente para estos niños y están equipadas con juguetes especialmente seleccionados. Normalmente se encuentran dentro de las escuelas especiales donde estos niños estudian. Acuden a ella acompañados por sus educadores que orientan en gran medida la elección del juguete. Consideramos

conveniente integrarlas a las ludotecas locales para que los niños con alguna discapacidad jueguen y se relacionen con el resto de los niños.

e) La ludoteca hospitalaria funciona también como la guía de un ludotecario, o animador y es muy útil para aliviar la carga de estrés del infante y sus padres.



Ludoteca Hospitalaria (Hospital Baca Ortiz) Quito - Ecuador

7.2.8 Las ludotecas como instrumento de evolución del entorno lúdico infantil

Importancia de su desarrollo

Ante la difícil situación del juego infantil en la mayoría de los medios urbanos marginales y rurales de nuestro país, las ludotecas podrían desempeñar un importante papel y tener aportaciones específicas en el desarrollo integral del niño.

Para que esto sea posible se debe ampliar, mejorar, el concepto de ludoteca. Es decir, no conceptualizarla única y exclusivamente como un centro de préstamo de juguetes, sino como un centro infantil de tiempo libre, donde se realiza una animación globalizadora con los niños asistentes y, además, se comienzan procesos de animación y cambio de actitud en los padres y educadores de la zona de influencia de la ludoteca.

Es decir, la ludoteca podría ser, y en nuestra opinión es necesario que sea, un centro infantil de tiempo libre donde se realice una oferta lúdica cualitativamente distinta (con actividades globalizadoras y una animación y pedagogía activa partiendo de los centros de interés del niño), a la vez que se convierte en un elemento de dinamización de los cambios de mentalidad, del movimiento de opinión y de los cambios en el sistema urbanístico, educativo, familiar y del tiempo libre en que vive la población infantil donde se encuentre ubicada de ahí la necesidad de crearla en nuestro centro hospitalario infantil.

En este sentido quisiéramos resaltar el importante papel que pueden desempeñar en el proceso de cambio en el mundo del juguete. Numerosas investigaciones han demostrado que éste puede convertirse en un instrumento de exploración de la realidad, de armonioso desarrollo motor, sensorial, imaginativo, creativo y social del niño.

Ahora bien, este alto potencial que en teoría tiene el juguete dista mucho de plasmarse en la realidad. Esto se debe a que para los fabricantes y distribuidores antes que un

objeto educativo es un producto más para consumir, un generador de importantes beneficios económicos para las empresas del sector, las que dependen cada vez más de los grandes monopolios.

Las técnicas para su venta son similares a las de otros productos y todo se basa en obtener la máxima rentabilidad con una agresiva publicidad y modernas técnicas de comercialización.

Son fácilmente apreciables las interconexiones existentes entre el juego y la sociedad. El juguete suele ser una representación de lo real y algunas veces de determinados aspectos negativos de esta realidad.

Un rápido análisis nos muestra la no neutralidad de los juguetes. Así, por ejemplo, tenemos los que reproducen los papeles masculinos y femeninos aceptados socialmente, aquellos en los que se trata de llegar primero y ganar el máximo de 'puntos', o, como en el caso del Monopoly —o sus imitaciones—, en los que se reproduce una sociedad basada en la especulación, el máximo beneficio, la acumulación máxima de capital.

Para que un juguete pueda ingresar a una ludoteca tiene que reunir ciertas características; algunas de ellas son: que despierte la imaginación y la habilidad del niño, que sea creativo, que sirva para tomar decisiones, que desarrolle la concentración, que sea estético, que no cuente con sustancias tóxicas y que no haga propaganda de algún tipo de ideología sociopolítica. Eligiendo juguetes con estas características se pretende que mientras el niño se divierte y convive con su familia, estimule un mejor desarrollo físico y mental.

Ante el contexto descrito, la ludoteca podría ser uno de los pivotes sobre los que podría girar una nueva política de animación infantil en cada sistema local.

7.2.9 Hacia un proyecto pedagógico globalizador de las ludotecas

La situación del juego infantil descrita está en la base de los objetivos del proyecto pedagógico global que orientado hacia la transformación de dicha situación debe ser emprendido, en nuestra opinión, a través de ludotecas existentes o de nueva creación.

Las funciones y objetivos generales susceptibles de ser alcanzados a través de la acción de cada ludoteca podrían ser los siguientes:

- a) Posibilitar al conjunto de la población infantil el acceso al mundo de la actividad y el objeto lúdico, especialmente a aquellos sectores con menor capacidad adquisitiva y cultural y con un entorno menos favorecedor de la actividad lúdica.
- b) Facilitar el surgimiento de una actividad lúdica favorecedora del desarrollo psicomotor, cognitivo, crítico, creativo y afectivo del niño.
- c) Producir el surgimiento de una visión nueva del juguete, del objeto y de la actividad lúdica en el conjunto de niños, padres y educadores, para salir del dominio que ha mantenido el juguete comercializado. De este tipo de juguetes, seleccionar y ofrecer solamente aquellos que hagan una aportación al desarrollo integral del niño.
- d) Posibilitar una relación cualitativamente distinta del niño con el objeto lúdico, extrayendo de tal objeto lo mejor que éste pueda aportar a su desarrollo integral.

Es el niño quien debe manipular, recrear el uso que hace del objeto lúdico a través de un proceso globalizador de invención construcción, reparación, y transformación.

- e) Crear una actitud nueva en los padres y educadores ante las posibilidades pedagógicas y educativas de la actividad lúdica (con o sin material), introduciendo nuevas pautas en la escuela, en la familia y en sus interrelaciones.
- f) Iniciar un proceso de investigación psicológica, pedagógica y sociológica que oriente en la promoción de una actividad, equipamiento y material lúdico liberador, favorecedores del desarrollo integral del niño.
- g) Propiciar un movimiento de opinión que haga de la actividad lúdica (con o sin material) una acción liberadora.
- h) Que jugar sea una realidad cotidiana en la vida del niño del medio urbano marginal, etc.
- i) Lograr objetivos específicos en el desarrollo cognitivo, psicomotor y afectivo de los niños asistentes. Las actividades por desarrollar en la ludoteca para alcanzar tales objetivos podrían ser:
 - 1) Préstamo de juguetes al exterior.
 - 2) Préstamo de juguetes en la sala de juego.
 - 3) Adquisición de los juguetes de acuerdo con los criterios ya citados.
 - 4) Desarrollo de talleres y actividades de animación.
 - 5) Proceso de investigación estadística, psicológica, sociológica y pedagógica con el propósito de facilitar los objetivos planteados.

6) Realizar exposiciones, charlas y mesas redondas con padres y educadores a los que facilitará documentación relacionada con la problemática. Por otro lado, elaborar artículos relacionados con el tema para su publicación en diversos medios de comunicación como radio y periódicos de gran difusión.

7.2.10 Necesidades de las ludotecas en la sociedad actual

En las ludotecas los niños encontrarán el espacio de juegos que muchas veces les falta en sus casas, compañeros de juego de la misma edad y aun a sus propios padres u otros adultos con los que pueden jugar.

El juego es una expresión libre y voluntaria, por lo que la escuela, tal como hoy se le concibe, tampoco es el lugar adecuado para favorecer la práctica y el desarrollo del juego.

Tradicionalmente, la escuela ha adoptado una actitud hostil hacia el juego por su supuesta oposición al trabajo en clases. No hay tiempo para el juego. Aunque podemos decir que en algunas instituciones se practican juegos didácticos.

Si el juego es una expresión voluntaria, ¿no existirían otros lugares más atractivos que un lugar cerrado? ¿No preferiría el niño espacios abiertos, al aire libre? Tienen la misma importancia y validez ambos, deben impulsarse con igual interés las ludotecas en espacios cerrados y al aire libre; así, nuestros niños podrán acudir a aquella que deseen. Las ludotecas en espacios cerrados tienen la ventaja de funcionar, por lo tanto en el medio hospitalización su impacto es realmente importante.

Lo que podemos asegurar es que para la mayoría de los niños ni la familia ni la escuela potencian suficientemente el juego por lo que se necesitan lugares específicos, animados por educadores expertos y responsables que les proporcionen la opción de escoger, contactar y dialogar con los juguetes y materiales de juego.

La existencia de la ludoteca implica la existencia de ludotecarios, es decir, de educadores especializados en el juego, que estén en contacto directo con el ámbito familiar. Es por eso que no se debe olvidar que al pensar en el desarrollo de las ludotecas en el país hay que pensar también en la preparación del personal especializado.

Todas las expuestas con anterioridad son las razones por las que las ludotecas son necesarias en nuestra sociedad. Pero, a pesar de ello, no han tenido un amplio desarrollo; sólo hay un reducido número de personas estudiosas del prisma pedagógico que significan los juguetes y éstas están en un nivel de investigación científica sin llegar a impactar en la orientación familiar ni escolar.

En nuestro país en cuanto a ludotecas hospitalarias las tenemos en Guayaquil, Quito, Riobamba.

7.3.1 PSICOLOGÍA INFANTIL

Generalidades

Estudio del comportamiento de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, que incluye sus características físicas, cognitivas, motoras, lingüísticas, perceptivas, sociales y emocionales.

Los psicólogos infantiles intentan explicar las semejanzas y las diferencias entre los niños, así como su comportamiento y desarrollo, tanto normales como anormales. También desarrollan métodos para tratar problemas sociales, emocionales y de aprendizaje, aplicando terapias en consultas privadas y en escuelas, hospitales y otras instituciones.

Las dos cuestiones críticas para los psicólogos infantiles son: primero, determinar cómo las variables ambientales (el comportamiento de los padres, por ejemplo) y las características biológicas (como las predisposiciones genéticas) interactúan e influyen en el comportamiento; y segundo, entender cómo los distintos cambios en el comportamiento se interrelacionan.

7.3.2 Historia

Tanto Platón como Aristóteles escribieron sobre la infancia. Platón sostenía que los niños nacen ya dotados de habilidades específicas que su educación puede y debe potenciar. Sus puntos de vista siguen hoy vigentes en la idea de las diferencias individuales ante una misma educación. Aristóteles, por su parte, propuso métodos de observación del comportamiento infantil, que fueron precursores de los que hoy aplican los investigadores. Durante varios siglos después, apenas hubo interés por el estudio del niño, al que se veía como un adulto en miniatura, hasta que en el siglo XVIII el filósofo francés Jean-Jacques Rousseau se hizo eco de las opiniones de Platón, postulando que los niños deberían ser libres de expresar sus energías para desarrollar sus talentos

especiales. Esta perspectiva sugiere que el desarrollo normal debe tener lugar en un ambiente no restrictivo, sino de apoyo, idea que hoy nos resulta muy familiar.

7.3.3 El estudio científico

En el siglo XIX, la teoría de la evolución dio un fuerte impulso al examen científico del desarrollo infantil. Darwin hizo hincapié en el instinto de supervivencia de las distintas especies, lo que provocó el interés por la observación de los niños y por conocer los distintos modos de adaptación al entorno, como medio también de conocer el peso de la herencia en el comportamiento humano. Estos estudios tuvieron un valor científico limitado por su falta de objetividad e incapacidad para describir adecuadamente los comportamientos observados, haciendo imposible su validación.

La investigación científica sobre el desarrollo infantil hizo grandes progresos a comienzos del siglo XX. Uno de los mayores estímulos sería la introducción, en 1916, por parte del psicólogo estadounidense Lewis Terman, del test de inteligencia conocido hoy como test de Stanford-Binet, que condujo a una serie de estudios sobre el desarrollo intelectual del niño. En la década siguiente, un grupo de científicos estadounidenses comenzaron a realizar observaciones de carácter longitudinal a gran escala de los niños y sus familias: el mismo niño era seguido, observado y examinado durante un cierto periodo de su desarrollo.

El psicólogo estadounidense Arnold Gesell creó un instituto de investigación en la Universidad de Yale con el único objetivo de estudiar a los niños, analizando su comportamiento a través de filmaciones. Además de introducir esta técnica, Gesell

aplicó el método cruzado por secciones, en el que distintos niños son observados a varias edades diferentes, planteando por vez primera un desarrollo intelectual por etapas semejantes a las del desarrollo físico infantil.

Los resultados reunidos durante un periodo de veinte años ofrecieron información abundante sobre los esquemas y las cifras claves en el desarrollo evolutivo, del que también se señalaron pautas, según la edad, para una amplia variedad de comportamientos. Estas normas serían empleadas tanto por los profesionales de la educación como por los padres para valorar su desarrollo. El problema de estos estudios basados en la observación fue que, al tomar como punto de partida la evolución y la genética, no hicieron referencia en las variables ambientales, que fueron prácticamente excluidas de los trabajos sobre la inteligencia.

7.3.4 Estudios ambientales

Mientras la observación científica vivía sus mejores momentos, otros investigadores escribían sobre la función del ambiente en el desarrollo y comportamiento infantiles. Sigmund Freud hizo hincapié en el efecto de las variables ambientales en el desarrollo, e insistió especialmente en la importancia del comportamiento de los padres durante la infancia, fundando toda una corriente y estableciendo una serie de teorías básicas sobre el desarrollo de la personalidad que aún hoy influyen en los psicólogos infantiles.

El psicólogo estadounidense John B. Watson, uno de los fundadores y el principal representante del conductismo, insistió también en la importancia de las variables ambientales, en este caso analizadas como estímulos progresivamente asociados por

condicionamiento a diferentes respuestas, que se aprenden y modelan al recibir refuerzos positivos (recompensas) o negativos (castigos), o simplemente desaparecen por la ausencia de refuerzos tras su ejecución.

Esta perspectiva, que tuvo en la década de 1950 un gran impacto en las investigaciones, negaba casi totalmente la influencia de variables biológicas o predisposiciones innatas.

De esta forma la mente del recién nacido era una especie de 'hoja en blanco' sobre la que los diferentes comportamientos vendrían determinados por las circunstancias ambientales de determinadas experiencias, por lo que las diferencias entre los distintos individuos serían fruto únicamente de esas distintas experiencias. La escuela conductista reforzó los estudios experimentales e incorporó la psicología infantil a la corriente fundamental de la psicología. No obstante, aunque sus contribuciones al estudio del desarrollo fueron importantes, hoy su perspectiva se considera excesivamente simplista.

A comienzos de la década de 1960, la atención se volcó en los estudios del psicólogo suizo Jean Piaget, quien desde los años veinte había escrito sobre el desarrollo cognitivo del niño. Piaget denominaba a su ciencia como epistemología genética (estudio del origen del conocimiento humano) y sus teorías dieron lugar a trabajos más avanzados y profundos, con más entidad teórica en psicología infantil. Estos trabajos utilizan tanto métodos de observación como experimentales y, teniendo en cuenta el comportamiento, integran variables biológicas y ambientales. Podemos afirmar que la actual psicología evolutiva tiene sus orígenes en la teoría de la evolución darwiniana, pero también incorpora las preocupaciones de Watson y los conductistas por las influencias ambientales.

7.3.5 Teorías evolutivas o del desarrollo

Una teoría del desarrollo debe reflejar el intento de relacionar los cambios en el comportamiento con la edad cronológica del sujeto; es decir, las distintas características conductuales deben estar relacionadas con las etapas específicas del crecimiento. Las leyes que regulan las transiciones entre estas diferentes etapas del desarrollo también deben identificarse. Las principales teorías evolutivas son la teoría freudiana de la personalidad y la de la percepción y cognición de Piaget. Ambas explican el desarrollo humano en la interactividad de las variables biológicas y ambientales.

La teoría de Freud sostiene que una personalidad sana requiere satisfacer sus necesidades instintivas, a lo que se oponen el principio de realidad y la conciencia moral, representados desde una perspectiva estructural por las tres instancias de la personalidad: el ello (fuente de los impulsos instintivos), el yo (instancia intermedia, que trata de controlar las demandas del ello y las del superyó adaptándolas a la realidad) y el superyó (representación de las reglas sociales incorporadas por el sujeto, especie de conciencia moral).

El centro fisiológico de los impulsos instintivos se modifica con la edad, y los periodos de los diferentes centros se denominan etapas. El 'ello' de los recién nacidos, por ejemplo, alcanza la máxima satisfacción al mamar, actitud que define la etapa oral, primera etapa de las cuatro que permiten llegar a la sexualidad adulta. Freud integró así en su teoría las variables biológicas y las ambientales.

Por su parte, Piaget basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente, aún sin incentivos exteriores. Durante todo ese

aprendizaje el desarrollo cognitivo pasa por cuatro etapas bien diferenciadas en función del tipo de operaciones lógicas que se puedan o no realizar:

En la primera etapa, la de la inteligencia sensomotriz (del nacimiento a los 2 años aproximadamente), el niño pasa de realizar movimientos reflejos inconexos al comportamiento coordinado, pero aún carece de la formación de ideas o de la capacidad para operar con símbolos.

En la segunda etapa, del pensamiento preoperacional (de los 2 a los 7 años aproximadamente), el niño es capaz ya de formar y manejar símbolos, pero aún fracasa en el intento de operar lógicamente con ellos, como probó Piaget mediante una serie de experimentos.

En la tercera etapa, la de las operaciones intelectuales concretas (de los 7 a los 11 años aproximadamente), comienza a ser capaz de manejar las operaciones lógicas esenciales, pero siempre que los elementos con los que se realicen sean referentes concretos (no símbolos de segundo orden, entidades abstractas como las algebraicas, carentes de una secuencia directa con el objeto).

Por último, en la etapa de las operaciones formales o abstractas (desde los 12 años en adelante, aunque, como Piaget determinó, la escolarización puede adelantar este momento hasta los 10 años incluso), el sujeto se caracteriza por su capacidad de desarrollar hipótesis y deducir nuevos conceptos, manejando representaciones simbólicas abstractas sin referentes reales, con las que realiza correctamente operaciones lógicas.

7.2.6 Desarrollo infantil

Los diversos aspectos del desarrollo del niño abarcan el crecimiento físico, los cambios psicológicos y emocionales, y la adaptación social. Muchos determinantes condicionan las pautas de desarrollo y sus diferentes ritmos de implantación.

7.3.7 ¿Herencia o ambiente?

Todos están de acuerdo en que las pautas del desarrollo del niño están determinadas conjuntamente por condiciones genéticas y circunstancias ambientales, aunque subsisten vehementes discrepancias sobre la importancia relativa de las predisposiciones genéticas de un individuo. La investigación de este problema ha sido abordada varias veces a través del estudio comparativo de las semejanzas y diferencias entre gemelos monocigóticos (univitelinos), que crecen en ambientes distintos, y gemelos que han crecido juntos.

La hipótesis subyacente a estos estudios es que si la carga genética es determinante, los gemelos que han sido separados serán tan similares en la mayoría de los aspectos medidos como los que han vivido juntos. Esta hipótesis asume la existencia de una clara diferencia entre los ambientes de los gemelos separados, algo que parece bastante cuestionable. Excepto en algún caso en el que el entorno sea especialmente hostil, las pautas y las medidas del desarrollo físico y motor parecen estar genéticamente controladas, pero las investigaciones también indican que ambas variables, genéticas y ambientales, contribuyen al comportamiento intelectual.

También existe un componente genético en los caracteres de la personalidad como la introversión/extroversión, nivel de actividad o predisposición a las psicosis. Con relación a este último aspecto, debemos señalar que, aunque se ha avanzado bastante en la identificación de las causas genéticas de los trastornos mentales, aún es necesaria una mayor investigación para comprender mejor cómo actúan los condicionantes genéticos en los niños normales.

7.3.8 Crecimiento físico

Por lo general, un recién nacido pesa de 2.8 kg a 3,4 kilos, mide 48-53 centímetros y presenta un tamaño de cabeza desproporcionadamente mayor que el resto del cuerpo. En los tres primeros años el aumento de peso es muy rápido, después se mantiene relativamente constante hasta la adolescencia, momento en el que se da el 'estirón' final, menor, no obstante, que el de la infancia. Los estudios realizados muestran que la altura y el peso del niño dependen de su salud, disminuyendo durante las enfermedades para acelerarse de nuevo al restablecerse la salud, hasta alcanzar la altura y el peso apropiados.

7.3.9 Actividad motora

Entre el nacimiento y los 2 años tienen lugar los cambios más drásticos en este terreno. El niño pasa de los movimientos descoordinados del recién nacido, en el que predomina la actividad refleja, (por ejemplo, el reflejo de prensión, que si se roza provoca el cierre involuntario de los dedos de la mano formando un puño), a la coordinación motora del

adulto a través de una serie de pautas de desarrollo complejas. Por ejemplo, el caminar, que suele dominarse entre los 13 y los 15 primeros meses, surge de una secuencia de catorce etapas previas.

La investigación muestra que la velocidad de adquisición de las capacidades motoras es determinada de forma congénita, y que en su aprendizaje no influye la práctica. No obstante, si el sujeto es sometido a restricciones motoras severas, se alterarán tanto la secuencia como la velocidad de este proceso.

Después de adquirir las capacidades motoras básicas, el niño aprende a integrar sus movimientos con otras capacidades perceptivas, especialmente la espacial. Ello es crucial para lograr la coordinación ojo/mano, así como para lograr el alto nivel de destreza que muchas actividades deportivas requieren.

7.3.11 Lenguaje

La capacidad para comprender y utilizar el lenguaje es uno de los posibles logros de la especie humana. Una característica asombrosa del desarrollo del lenguaje es su posible de y posiblemente: la primera palabra se aprende hacia los 12 meses, y a los 2 años de edad la mayoría de los niños tienen ya un vocabulario de unas 270 palabras, que llegan a las 2.600 a la edad de 6 años. Es casi imposible determinar el número de construcciones posibles dentro del lenguaje individual. No obstante, los niños construyen frases sintácticamente correctas a los 3 años y construcciones verbales muy complejas a los 5 años.

Este extraordinario fenómeno no puede explicarse simplemente desde la teoría del aprendizaje, lo que ha llevado a establecer otras hipótesis. La más destacada es, posiblemente, la del lingüista estadounidense Noam Chomsky, quien planteó que el cerebro humano está especialmente estructurado para comprender y reproducir el lenguaje, por lo que no requiere aprendizaje formal, y se desarrolla al entrar el niño en contacto con él. Aunque los psicolingüistas del desarrollo no están de acuerdo con todos los conceptos de Chomsky, sí aceptan los sistemas lingüísticos mentales especiales. Aún hoy, los teóricos del lenguaje especulan con la relación entre el desarrollo cognitivo y el lenguaje, asumiendo que éste refleja los conceptos del niño y se desarrolla al mismo tiempo que sus conceptos son más profundos.

7.4 IDENTIFICACIÓN PSICOLÓGICA

7.4.1 Formación de la personalidad

Las teorías de la personalidad intentan describir cómo se comportan las personas para satisfacer sus necesidades físicas y fisiológicas. La incapacidad para satisfacer tales necesidades crea conflictos personales. En la formación de la personalidad los niños aprenden a evitar estos conflictos y a manejarlos cuando inevitablemente ocurren. Los padres excesivamente estrictos o permisivos limitan las posibilidades de los niños al evitar o controlar esos conflictos.

Una respuesta normal para las situaciones conflictivas es recurrir a los mecanismos de defensa, como la racionalización o la negación (por ejemplo, rechazando haber tenido alguna vez una meta u objetivo específico, aunque sea obvio que se tuvo). Aunque todos

hemos empleado mecanismos de defensa, debemos evitar convertirlos en el único medio de enfrentarnos a los conflictos. Un niño con una personalidad equilibrada, integrada, se siente aceptado y querido, lo que le permite aprender una serie de mecanismos apropiados para manejarse en situaciones conflictivas.

7.4.2 Inteligencia y aprendizaje

La inteligencia podría definirse como la capacidad para operar eficazmente con conceptos verbales abstractos. Esta definición se refleja en las preguntas de los tests de inteligencia infantiles. Dos de los más conocidos, el Stanford-Binet y el Weschler Intelligence Scale for Children (más conocido por WISC, versión infantil de la WAIS - Weschler Adult Intelligence Scale-, la prueba individual de inteligencia más famosa) se usan tanto para medir el desarrollo intelectual del niño como para predecir sus resultados académicos. Debido a que el aprendizaje escolar depende, al parecer, de la capacidad de razonamiento verbal, el contenido de estos tests es muy apropiado, como demuestra la relación que hay entre los resultados de los tests de inteligencia y el éxito escolar. Sin embargo, las predicciones basadas exclusivamente en los tests de este tipo resultan imperfectas, porque no miden la motivación y el conocimiento sobre las capacidades necesarias para el éxito escolar es incompleto. Por otro lado, se ha cuestionado que los tests de inteligencia sean apropiados para niños de minorías étnicas, que pueden no responder adecuadamente a ciertos ítems debido a diferencias culturales o a la falta de comprensión del lenguaje empleado, más que por una deficiencia intelectual. Por ello, los tests de inteligencia deben interpretarse con sumo cuidado,

dentro de un proceso de evaluación psicológica completo y profesional, y nunca de forma aislada, con capacidad explicativa y/o predictiva absoluta.

7.4.3 Relaciones familiares

Las actitudes, valores y conducta de los padres influyen sin duda en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos influyen en el comportamiento y actitud de los padres.

Numerosas investigaciones han llegado a la conclusión de que el comportamiento y actitudes de los padres hacia los hijos es muy variada, y abarca desde la educación más estricta hasta la extrema permisividad, de la calidez a la hostilidad, o de la implicación ansiosa a la más serena despreocupación.

Estas variaciones en las actitudes originan muy distintos tipos de relaciones familiares. La hostilidad paterna o la total permisividad, por ejemplo, suelen relacionarse con niños muy agresivos y rebeldes, mientras que una actitud cálida y restrictiva por parte de los padres suele motivar en los hijos un comportamiento educado y obediente. Los sistemas de castigo también influyen en el comportamiento. Por ejemplo, los padres que abusan del castigo físico tienden a generar hijos que se exceden en el uso de la agresión física, ya que precisamente uno de los modos más frecuentes de adquisición de pautas de comportamiento es por imitación de las pautas paternas (aprendizaje por modelado).

7.4.4 Relaciones sociales

Las relaciones sociales infantiles suponen interacción y coordinación de los intereses mutuos, en las que el niño adquiere pautas de comportamiento social a través de los juegos, especialmente dentro de lo que se conoce como su 'grupo de pares' (niños de la misma edad y aproximadamente el mismo estatus social, con los que comparte tiempo, espacio físico y actividades comunes). De esta manera pasan, desde los años previos a su escolarización hasta su adolescencia, por sistemas sociales progresivamente más sofisticados que influirán en sus valores y en su comportamiento futuro. La transición hacia el mundo social adulto es apoyada por los fenómenos de liderazgo dentro del grupo de iguales, donde se atribuyen roles distintos a los diferentes miembros en función de su fuerza o debilidad. Además, el niño aprende a sentir la necesidad de comportarse de forma cooperativa, a conseguir objetivos colectivos y a resolver conflictos entre individuos. La conformidad (acatamiento de las normas del grupo social) con este grupo de pares alcanzará su cuota máxima cuando el niño llegue a la pubertad, a los 12 años aproximadamente, y nunca desaparecerá del comportamiento social del individuo, aunque sus manifestaciones entre los adultos sean menos obvias.

Los miembros de los grupos de pares cambian con la edad, tendiendo a ser homogéneos (del mismo sexo, de la misma zona) antes de la adolescencia. Después pasan a depender más de las relaciones de intereses y valores compartidos, formándose grupos más heterogéneos.

7.4.5 Socialización

El proceso mediante el cual los niños aprenden a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo inaceptable (negativo) en su comportamiento se llama socialización. Se espera que los niños aprendan, por ejemplo, que las agresiones físicas, el robo y el engaño son negativos, y que la cooperación, la honestidad y el compartir son positivos. Algunas teorías sugieren que la socialización sólo se aprende a través de la imitación o a través de un proceso de premios y castigos. Sin embargo, las teorías más recientes destacan el papel de las variables cognitivas y perceptivas, del pensamiento y el conocimiento, y sostienen que la madurez social exige la comprensión explícita o implícita de las reglas del comportamiento social aplicadas en las diferentes situaciones.

La socialización también incluye la comprensión del concepto de moralidad. El psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberghas demostró que el pensamiento moral tiene tres niveles: en el inferior las reglas se cumplen sólo para evitar el castigo (nivel característico de los niños más pequeños), y en el superior el individuo comprende racionalmente los principios morales universales necesarios para la supervivencia social. Hay que tener en cuenta que la comprensión de la moralidad a menudo es incoherente con el comportamiento real, por lo que, como han mostrado algunas investigaciones empíricas, el comportamiento moral varía en cada situación y es impredecible.

7.4.6 Tendencias actuales

Los psicólogos infantiles continúan interesados en la interacción de los condicionantes biológicos y las circunstancias ambientales que influyen en el comportamiento y su desarrollo, en el papel de las variables cognitivas en la socialización, especialmente en la adopción del rol sexual correspondiente, y en la comprensión misma de los procesos cognitivos, su adquisición y evolución. Actualmente, los psicólogos están de acuerdo en que determinados factores biológicos de riesgo, como el peso escaso en el momento del nacimiento, la falta de oxígeno antes o durante el mismo y otras desventajas físicas o fisiológicas son importantes en el desarrollo y en el comportamiento posterior del individuo. Diversos estudios longitudinales tratan de determinar cómo los factores de riesgo afectan a las experiencias infantiles, y cómo las diferencias en estas experiencias afectan a su comportamiento. Estas investigaciones aportarán nuevos métodos de ayuda a los niños con factores de riesgo para un mejor desarrollo.

Por otro lado, la función de las variables cognitivas en el aprendizaje de los roles sexuales y los estereotipos sobre las diferencias sexuales entre los niños están en proceso de investigación, aunque sólo se han localizado pequeñas diferencias: por ejemplo, las niñas suelen ser mejores en las actividades que requieren capacidades verbales, y los niños en las que dependen de capacidades matemáticas; tampoco está claro cómo interactúan las condiciones innatas con las circunstancias ambientales para producir tales diferencias. Los roles sexuales se han definido nítidamente en nuestra cultura, pero la presión favorable para el cambio de estas pautas está rompiendo poco a poco los estereotipos, permitiendo que un individuo, con independencia de su sexo,

cambie o adapte su comportamiento a las exigencias de las situaciones específicas con las que se enfrenta.

Gran parte de las investigaciones actuales en psicología del desarrollo o evolutiva tratan de identificar los componentes cognitivos (la memoria o la capacidad de atención) empleados en la resolución de problemas. Algunos psicólogos estudian la identificación de los procesos que se presentan durante la transición de un nivel de pensamiento a otro en el desarrollo del individuo. Otras áreas de investigación hacen referencia a los componentes cognitivos de la lectura y el cálculo.

Se espera que todas estas investigaciones mejoren los métodos de enseñanza escolar y de educación especial.

7.7 Psicología del niño enfermo

“El mensaje del niño sufriente, no es sino una forma ampliada, de gritar pidiendo socorro, del mensaje de todo niño a todo adulto.”

Kipman

“Toda agresión somática es al mismo tiempo un acontecimiento relacional y un hecho social.”

Lemay

En este capítulo se propone una lectura psicológica y psicopatológica clínica de la situación del niño enfermo y/u hospitalizado.

R: Basada en una amplia experiencia adquirida en las Clínicas Universitarias Saint Luc y en el Centro Neurológico William Lennox dependientes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), gracias a la práctica de la psicopatología pediátrica de enlace. A lo largo del quehacer clínico me ha tocado trabajar con los niños hospitalizados a causa de una serie de trastornos “somáticos”, los cuales siempre van acompañados. Como veremos más adelante, de repercusiones emocionales y relacionales.

¿Para usted el niño enfermo “somático” puede necesitar alguna forma de apoyo psicológico?

R: A decir verdad, sea que se trate de un niño diabético, o de un niño al que hay que preparar para una intervención quirúrgica, o de un niño víctima de una afección crónica neurológica u otra, o de un niño disléxico o tartamudo, etc., me ha sorprendido siempre, además del carácter individual de la vivencia, la intervención intersubjetiva, particularmente familiar, del familiar infantil. Ese ser separado brutalmente por la enfermedad de su contexto afectivo protector, necesita algún grado de apoyo psicológico durante su hospitalización.

¿Se trata da algo nuevo en la práctica de la medicina infantil?

R: Seguramente sí, aunque estoy convencido de que los médicos de todos los tiempos, han aportado siempre alguna forma de apoyo psicológico al niño enfermo y/o hospitalizado. Sin embargo, las condiciones de hospitalización del niño se han

modificado. El hospital pediátrico, tal como se le conoce actualmente, se ha convertido, es un decir, “empresa de salud” cuyo alto grado de tecnificación permite acoger un número creciente de pacientes portadores de patologías de las más diversas y graves. Frente a la presión de una medicina altamente tecnificada, surge la necesidad cada vez más sentida de “humanizar” el quehacer médico cotidiano, es decir, restituir al sujeto – sujeto deseante- como centro de la práctica médica mediante la sensibilización del personal médico y paramédico.

¿Por qué tanto interés en el enfermar del niño. Acaso éste no es más bien un ser en pleno desarrollo, lleno de vida y portador del futuro?

R: Tiene razón. Sin embargo, el enfermar en el niño no es nada excepcional. La enfermedad “somática” en sus múltiples formas, benigna o grave, aguda o crónica, está presente en la vida de cualquier niño. A medida que crece y se extiende u campo de acción (guardería, jardín de infantes, etc.) la enfermedades infantiles se suceden regularmente, en general benignas, e incluso necesarias para la constitución de defensas útiles con el correr del tiempo (p. Ej., la rubéola, las “paperas”, etc).

¿Es entonces natural que el niño “caiga” enfermo?

R: Sí, por supuesto. Enfermar es un acontecimiento natural en la historia del niño, quien se adapta y reacciona adecuadamente frente a él. El enfermar infantil, cuando e prolonga o cuando da lugar a intervenciones terapéuticas invasivas o vivenciadas como

tal, se acompaña de repercusiones afectivas, las cuales, aunque el niño sane, pueden dejar rastros perdurables aun durante la vida adulta.

Durante una sesión de psicoterapia con un paciente adolescente, éste comenta que comenzó a sentir algunos miedos y entre ellos el de que un ladrón entre en su departamento. Este miedo surge en la noche mientras su amigo duerme. Se siente “solo... y abandonado”. La misma fobia de abandono y de temor aparece durante el día. El paciente asocia la situación a su vivencia de niño enfermo. Lo usual era que cada vez que estaba enfermo cambiaba de habitación. Se trasladaba de la azotea, donde estaba su dormitorio aislado del resto de la casa, a un dormitorio contiguo al de sus padres. Allí se sentía seguro, objeto de atención y de gratificación gracias a la presencia constante de su madre. Ya adulto su deseo era dejarse estar y que se ocuparan de él como cuando era pequeño.

¿Por qué se refiere a la vida del adulto en este caso?

R: Frente a la enfermedad del niño, que es al mismo tiempo comunicación, mensaje, el adulto no permanece indiferente, aun cuando en la realidad no sea grave o no exista amenaza vital. La vivencia del adulto depende por supuesto de la situación concreta, “real” de la enfermedad del niño- el niño imaginario-, a su propia niñez y a la niñez en general, y en torno a la enfermedad.

No me resulta claro lo que quiere decir ¿Podría ser más explícito?

R: Para el adulto, la infancia es el mundo de antaño, añorado, el mundo de lo perdido, “el tiempo bueno que se fue” investido de valores positivos. La infancia, como época abierta a todas las posibilidades futuras, despierta en el adulto la nostalgia personal de un retorno imposible.

Entonces ¿cómo percibe el adulto la enfermedad del niño?

R: El adulto se representa al niño como un ser vulnerable y dependiente, quien, en una situación de enfermedad, acentúa aun más su imagen de ser desvalido. En otros términos, el niño enfermo es percibido como más desvalido y dependiente que el niño sano. La situación del niño enfermo despierta en el adulto el sentimiento de su propia vulnerabilidad y dependencia. El adulto vive como injusta cualquier enfermedad grave del niño pues ella no corresponde al devenir sereno de la vida: nacer, crecer, reproducirse y morir.

¿Puede evocar algún testimonio como prueba de ello?

R: Acaso no sea necesario provocar a la barra testigos anónimos célebres, por lo que cada uno de nosotros se siente, a partir de su propia experiencia, del enfermar del niño. Albert Cohen, entre tantos otros escritores, escudriñó un día sus recuerdos ligados a sus enfermedades de su infancia: “Y yo me sentía feliz de estar acatarrado porque mamá permanecía más tiempo conmigo. Cuánto me gustaba estar enfermo en los tiempos de mamá tranquilizadora. Ahora, de qué me sirve estar enfermo si ella no está más aquí conmigo”.

Antes de seguir ¿cómo se pueden distinguir la enfermedad, la discapacidad y la anomalía física?

R: Conviene distinguir estas nociones, siguiendo las proposiciones de Canguilhem. La **enfermedad** supone una ruptura que se relaciona con el estado de salud precedente, un proceso patológico que ocurre en determinado momento que interrumpe el curso normal de la vida, sea en forma aguda o crónica. La **anomalía física** es una variación individual (estatura pequeña, deformación) que impide al sujeto sentirse igual a los otros. Se trata de una situación anómala, no patológica y no anormal, aunque sea constitucional o congénita. Por último, **la discapacidad** se refiere a un estado de incapacidad para realizar una actividad, es decir, significa una limitación de las posibilidades del sujeto. La discapacidad puede ser innata o adquirida. Para determinar, es bueno saber que estas nociones se recubren en la práctica y pueden ser agravadas a causa de la actitud del medio ambiente.

¿A partir de cuánto y de qué circunstancias, de qué sensaciones, puede el niño declarar que no se siente bien, que se siente “enfermo”?

R: La descripción fenomenológica del enfermar infantil corriente nos muestra un escenario – típico: algo anda mal. El niño siente un malestar vago, difuso, que le impide dormir. Otras veces es un dolor agudo, localizado, insoportable. En la soledad de la noche, el dolor y malestar se acrecientan; las sensaciones y vivencias corporales son más precisas. El niño da vueltas y vueltas en su cama sin poder conciliar el sueño atenazado por manifestaciones dolorosas, penosas y preocupantes.

¿Cómo reacciona el niño en esos casos ?

R: El niño llama a sus padres más o menos rápidamente, porque se siente mal y angustiado. Los padres, que hasta entonces dormían plácidamente, se levantan presurosos y acuden al hecho del niño, la madre casi siempre, el padre algunas veces. La madre observa al niño, su mirada brillante, la frente caliente: se pregunta que hacer, lo habla con el padre. ¿Conviene llamar al médico? ¿Llevar el niño al hospital?

¿Qué sucede con las llamadas enfermedades infantiles “corrientes”?

R: El niño en la cama se siente mejor, tranquilizado por la presencia de su madre. Sin embargo, cuando el dolor es muy intenso, tiene la impresión de no recibir alivio inmediato. ¿Acaso sus padres quieren que sufra? ¿Habría hecho algo malo para que se lo castigue así? Es probable que el niño se lo pregunte. Se siente cansado, presa del dolor. El sufrimiento y la angustia se apoderan de él. Siente a su alrededor cierta agitación, cierta tensión, aún cuando trate de disimularla. La llegada del médico se vive en la incertidumbre. Tarda en llegar. ¿Por qué no viene?

¿La presencia del médico con constituye, más bien, un factor de tranquilidad?

R: Depende. Cuando el médico llega, al fin, el niño no sabe qué va a pasar. Puede mostrar desconfianza, temor frente a sus manipulaciones; no entiende lo que dice, lo que hace: se habla de “virus” de “gripe fuerte”, de “mejor trasladarlo al hospital”. El niño escucha sin entender, porque lo único que le interesa en esos momentos es recibir alivio. El médico tranquiliza al niño y a su familia gracias a su actitud, su serenidad y

ala información que transmite a los padres. Dialoga con los padres y plantea la conducta a seguir: medicamentos, descanso en cama, tónicos, exámenes... hospitalización.

¿Cómo viven los padres la enfermedad de su niño?

R: En realidad, la enfermedad del niño es vivida por los padres como una agresión capaz de reactivar los problemas personales de cada uno de ellos y de suscitar tentativas de formulación de significación o de sentido a aquello que aparece como sin sentido.

Las preguntas en cascada a propósito de un saber nosográfico, mediante una demanda de simbolización, posee un valor de liberación de la angustia, de evaluación de la culpa. Conscientes de que son los responsables inmediatos del niño, los padres no escapan a la pregunta: “¿Nos hemos ocupado bien de nuestro hijo; no habremos cometido algún error?”

¿Cuáles precisamente la conducta de los padres?

R: La conducta de los padres (en especial de la madre) depende de lo que reconocen y de lo que temen en función de sus experiencias y de sus fantasías. Algunas veces prefieren no llamar al médico y se limitan a medicar espontáneamente al niño con el comprimido o el supositorio para bajar la fiebre o para calmar el dolor. Piden también consejo a la vecina o a alguna persona de la familia.

En ciertos casos, el niño enfermo puede permanecer en casa...

R: Siempre que la enfermedad y l situación familiar lo permita. Este escenario puede parecer idílico en los países occidentales desarrollados en los cuales la

desintegración familiar erosiona los lazos de cooperación y las solidaridades sociales, aún vigentes en otros países menos desarrollados. En esos países, el niño enfermo en cama, confortablemente instalado, en todo caso, lo mejor posible, es objeto de atención especial de los padres, sobre todo de la madre, o de los abuelos, quienes velan a los pies de la cama. Todas tratan de darle gustos mediante mimos, regalos, juguetes o golosinas.

Éste sería, a grandes rasgos, el principio de la enfermedad del niño. ¿Cuáles serían las reacciones emocionales del niño enfermo?

R: La enfermedad se acompaña de un componente afectivo propio de cada niño en función de su estado de desarrollo, así como de su experiencia (historia) personal y familiar. Esta afirmación inscribe como un corolario del aforismo de Claude Bernard, considerando como uno de los pioneros de la medicina experimental, para quien “no existe enfermedades sino enfermos”; “individuos” o “sujetos enfermables o sanables” en el decir de Latín Entralgo. Una misma enfermedad, una misma intervención quirúrgica, no poseen la misma significación para dos sujetos diferentes, ni se expresa en ellos de manera constante.

¿Entonces no existirían perfiles de reacción propios de cada enfermedad?

R: Nuestra experiencia clínica nos muestra que no existe un reaccionar emocional específico para cada enfermedad, aunque por supuesto puedan describirse ciertas características particulares a muchas de ellas.

¿De qué dependen las repercusiones de la enfermedad? ¿ de su gravedad, de su significación familiar y social?

R: Conviene subrayar que las repercusiones emocionales de la enfermedad no dependen únicamente de su gravedad o de la importancia de su tratamiento. La significación atribuida por el niño y por su familia a una enfermedad o a un tratamiento es más relevante de los hechos mismos y explican sus reacciones exageradas. Incluso, ciertas indicaciones médicas, sencillas en apariencia, tales como el uso de supositorios, los enemas o algunas intervenciones quirúrgicas corrientes como la amigdalectomía o la apendicectomía, pueden provocar repercusiones emocionales perdurables más allá de la enfermedad misma.

¿Se dice, por ejemplo, en el caso de la amigdalectomía que reactiva la angustia de castración infantil?

R: En algunos casos particulares es cierto. Pero, como afirma Gutton, “lo somático es a lo psíquico como el dormir es para los sueños, lo primero permite lo segundo, marca sus hitos pero no lo organiza”, una enfermedad o un proceso terapéutico repercute sobre el mundo emocional del sujeto y delimita su extensión pero no define ni organiza su significación psicológica específica.

Le propongo ir más lejos en este reflexionar a propósito de la vivencia corporal del niño en su enfermar. ¿Cuáles son las características normales de la corporalidad?

R: El niño sano habita su cuerpo (tiene un cuerpo y es su cuerpo) como instrumento de su presencia en el mundo: el medio de expresión de sus intenciones y de su

comportamiento. Desde la más temprana edad, incluso antes de comenzar hablar, el niño dispone progresivamente de su cuerpo para conocer y construir su mundo: es decir, para reconocer el olor de su madre, identificar el escenario familiar, aprehender los objetos que rodean, desplazarse, tocar las cosas... Éstas son algunas de las múltiples formas de actuar y de organizar los lazos con el mundo externo.

¿Acaso el niño es tan consciente de su vivencia corporal?

R: El reconocimiento de sí mismo como portador de un cuerpo unificado constituye un momento clave en el desarrollo infantil. Se trata el estadio del espejo descrito por Jacques Lacan. El gozo de reconocer como una totalidad, de poseer una conciencia clara de sí mismo, -acontecer específico de la especie humana-, perdura a todo lo largo de la existencia del sujeto. El niño se siente orgulloso de su cuerpo, pues a través del él muestra sus capacidades motrices y narcisistas: proezas deportivas, habilidad en el manejo de su cuerpo (saltar, correr, jugar al fútbol, etc.), todo cuanto le permite(a) aparecer ante los ojos de los demás como sujeto de admiración y de deseo.

Tengo la impresión de que la enfermedad rompe con ese equilibrio idílico que se traduce en sus palabras.

R: Efectivamente, se atribuye a Paul Valery la célebre frase: “La salud es la vida en el silencio de los órganos”, a tal punto que el sujeto sano tiende a olvidar su funcionamiento corporal para realizar, en ese silencio y en ese olvido, las tareas que le competen tales como caminar, correr, saltar, jugar, trabajar...

La enfermedad representa para el niño, como para todos nosotros, la ruptura de ese silencio tácito y de ese olvido, mientras surge al mismo tiempo la conciencia de la fragilidad del cuerpo, disminuyendo o incapacitado para enfrentar las actividades cotidianas con la avidez propia de la niñez. El niño vive su enfermedad, ya lo dijimos antes, como un sufrimiento corporal y como una experiencia psíquica.

La ruptura de ese silencio acarrea consecuencias diversas en la vida del niño...

R: El enfrentar del sujeto convoca la presencia del médico, o si se quiere, de la persona reconocida cultural o socialmente como capaz de ayudarlo a recuperar su salud. Tal es el caso de los curanderos, callawayas herboristas, yatiris o jamparis. El encuentro con la persona supuestamente capaz de curar se acompaña de maniobras o de ritos, casi siempre ajenos a la experiencia del niño.

¿Para usted el médico aparece por primera vez en el espacio psicosocial del niño cuando éste se enferma?

R: Todo depende del contexto cultural puesto que, en ciertos países, el control médico de los bebés constituye una práctica corriente a través de los consultorios posnatales conocidos en Bélgica como la consulta de lactantes (consultations de nourrisson) organizada por la Oficina del Nacimiento y de la Infancia (Office de la Naissance et de l'Enfance – ONE). Para los niños en edad escolar existe la consulta de la >Inspección Médica Escolar.

¿Facilitan estas consultas el contacto del niño con el médico?

R: No se puede responder afirmativamente sin introducir matices en todo orden. Uno de estos matices podrían ser la situación de la enfermedad. No es lo mismo ir al médico para un examen de rutina limitado al peso, a la talla, a la dentición, etc., cuando es pequeño y va con la madre o con los compañeros de curso más tarde (asisten clases enteras de alumnos a estos centros), que buscar al médico porque uno se siente mal, afiebrado, dolorido, impotente...

La vivencia de la visita del médico es una experiencia particular en la vida del niño...

R: La visita al médico puede ser vivida con una cierta aprehensión, incluso con estrés. Este último puede ser definido como un conjunto de exigencias internas, fuente de conflictos, que superan los recursos personales y desencadena un proceso de adaptación para resolver la dificultad dada. La situación de consulta médica corresponde a esta definición.

En otras palabras, ¿el contacto con el médico podría vivenciarse como una experiencia algo estresante?

R: Bueno, ciertas investigaciones han confirmado el carácter estresante de la visita médica. La investigación se llevó a cabo mediante el registro de las manifestaciones emocionales y adaptativas de un grupo de niños sometidos a examen pediátrico. Las

llamadas emocionales negativa, observadas a nivel de la expresión facial, no aparecen en todos los niños.

¿La edad es un factor que interviene en la forma que tienen los niños de reaccionar ante el médico?

R: Sí, durante el examen, los bebés menores de 1 año (entre 6 y 12 meses) expresan su malestar (su autonomía) mediante protestas vocales, llanto y berrinches. Este tipo de comportamiento posee un valor adaptativo demostrable en cuanto señal potente capaz de desencadenar una respuesta rápida de la madre quien intenta calmar o consolidar al niño tomándolo en su brazos o hablándole suavemente para tranquilizarlo. A ésta edad no existe anticipada pues el llanto del niño sólo surge cuando el médico toca su cuerpo.

¿Y más adelante?

R: Los niños que caminan (entre 1 a 3 años y medio) manifiestan su autonomía actos concretos, a veces hostiles. Por ejemplo, el niño trata de esconderse detrás de la madre, rechaza las manos del médico, incluso puede llegar a mostrarle una cierta violencia. Se trata de una respuesta adaptativa poco específica, difusa. El niño mayor de 3 años y medio (entre 3 y medio a 5 años), en cambio, es capaz de identificar al “agente agresor” y utilizar medias más sutiles para eludirlo o evitarlo. Puede, además, manifestar temor o inquietud antes del examen – respuesta anticipada-, aunque durante éste adopte una actitud más bien positiva gracias a su capacidad de control sobre sus propias reacciones.

¿Existen reacciones particulares en ciertos niños?

R: Ciertos niños pueden manifestar una gran pasividad durante el examen médico. Otros muestran pocas reacciones negativas durante el examen y pueden relativizar su impacto al final de éste.

Esta actitud constituye un aprueba de la capacidad del niño de mayor edad para inhibir o controlar sus emociones inmediatas, las cuales pueden expresarse, pasado el examen médico, mediante el desplazamiento de su agresividad sobre otras personas u objetos que lo rodean.

¿O quizá las características de ciertas prácticas médicas crean mayor tensión emocional?

R: Por supuesto, algunas prácticas médicas, tales como las vacunas, las inyecciones o los puntos de sutura, provocan mayor reacción emocional. Este tipo de “agresión” corporal, inofensivo en apariencia, puede despertar una serie de fantasías de invasión corporal causando pánico en los niños, sobre todo en quienes ya han vivido experiencias traumáticas del mismo tipo.

Usted dijo que la enfermedad de un niño tiene repercusiones afectivas sobre toda la familia...

R: Sí, la enfermedad repercute afectivamente sobre el conjunto de la estructura familiar, provocando angustia y sentimientos de miedo, de culpabilidad, de decepción, de cólera, etc., todos relacionados con la presentación y con la situación de la familia en

el espacio social. Por ejemplo, en la dislexia, el sentimiento de fracaso acarrea nuevas exigencias parentales frente al niño, las cuales alientan a su vez la frustración y el comportamiento oposicionista del disléxico.

¿Quiere decir que puede convertir en un círculo vicioso?

R: Exactamente, ésta es una situación donde se instala progresivamente el círculo vicioso de la enfermedad, comprobando la importancia de la dimensión intersubjetiva en la evaluación de todo proceso patológico.

Es probable que además de la angustia de los padres frente al niño enfermo, exista la propia angustia del niño frente a su enfermedad. ¿Cómo puede el niño defenderse de ella?

R: En las diferentes ilustraciones clínicas propuestas hemos constatado hasta qué punto la angustia que provoca la enfermedad moviliza “la búsqueda de sentido de aquello que podría aparecer como un sin- sentido y como fortuito.”

Para poder defenderse de la angustia y de las fantasías despertadas por la enfermedad, cada niño construye, a partir de sus experiencias personales, una interpretación más o menos elaborada de su enfermedad “como para atribuir un sentido a ese conjunto insensato y destructor”. “Así como el psicoanálisis puede desembocar en el estudio de los mitos, a partir de los ejes de la novela familiar, así también se puede proponer una cierta generalización de las teorías médicas infantiles: la novela médica se infiltra en la novela familiar.”

Es posible que si el médico brinda una explicación o información “objetiva” de la enfermedad del niño puede encontrar ese sentido del que usted habla?

R: El niño no busca una explicación casual y mucho menos una interpretación racional. Si despliega tanta energía y muestra tanto interés por encontrar una explicación “lógica” a su enfermedad, no es tanto la búsqueda de un saber sino la necesidad de tranquilizarse según Kipman: “al origen microbiano, viral, endocrino, inmunitario o psicológico de las enfermedades responde un origen afectivo y moral, ue es el de los niños y el de las prudentes abuelas.”

¿Cuáles son los medios que utiliza el niño para explicarse su enfermedad?

R: Los medios de referencia dependen por supuesto de su grado de desarrollo cognitivo. Pese a las realidades médicas- la dimensión objetiva de la enfermedad como agresión corporal vital-, la enfermedad infantil adquiere características imprecisas, mágicas, animistas, en las cuales predominan las connotaciones de temor, de culpabilidad o de ansiedad.

Si le entiendo bien, cada niño interpreta su enfermedad como para darse más valor, más tranquilidad, como para apropiarse de ella. ¿Existen diferentes formas de interpretar la enfermedad?

R: Sí. Kipman ha descrito cuatro teorías de interpretación de la enfermedad: la catastrófica, la voluntarista y sádica, la traumática y la del placer.

¿Podría explicar cada una de ellas?

R: La teoría catastrófica es utilizada durante el período en el cual el niño posee pocos medios verbales para expresar su vivencia. Incluso en aquellos casos en los cuales la enfermedad es relativamente benigna, el niño se siente como atrapado en un “torbellino” de sufrimiento y de pánico. Sus capacidades cognitivas insuficientemente desarrolladas, así como la posesión de medios defensivos poco elaborados, le impiden superar adecuadamente la angustia que le provoca la enfermedad.

En este caso, ¿también las personas más próximas serían percibidas como amenazadoras o vivenciadas como hostiles?

R: Quizá no tanto como amenazadoras sino como incapaces de protegerlo, razón por la cual el rol de la madre, en cuanto “filtro de la excitación”, como factor de paraexcitación, es primordial en esas situaciones, con la condición de que ella tenga la serenidad y la confianza suficientes. Tal era la situación de Sandrina, una pequeña niña considerada autista, quién vivía en un estado permanente de hiperexcitación y agitación durante el cual se automutilaba. Aceptaba mal los cuidados que se le prodigaban, rechazando alimentarse y durmiendo muy poco.

¿Cuáles son las características de la teoría voluntarista sádica?

R: La teoría voluntarista o sádica se observa más tarde en el desarrollo del niño cuando éste alcanza la capacidad de verbalizar y de interpretar su sufrimiento. Atribuye su enfermedad a la voluntad supuesta de los adultos o de los objetos y las circunstancias

exteriores. El niño dirá en esos casos frases como las siguientes: “¿Por qué estoy con gripe? ¿Acaso he hecho algo malo?”; “Yo me he portado bien; ¡no sé por qué me duele el estómago!”. Otras veces se dirigirá hacia su madre diciendo en tono de reproche: “Me duele el estómago: ¿por qué no haces nada por mí?”

El niño parece atribuirse una parte de responsabilidad por su enfermedad..

R: El niño identifica la enfermedad como un castigo impuesto voluntariamente del exterior, castigo relacionado con algún “supuesto haberse portado mal” o “no corresponder a las exigencias del mundo de los adultos.”

El papel de los padres en la construcción de la interpretación que va realizando el niño de su enfermedad es importante...

R: Sucede, claro está, que esas fantasías ligadas a la falta y a la culpabilidad, encuentran una afirmación espectacular en el discurso de los padres, quienes para imponer su autoridad, amenazan al niño con “llamar al médico”, “ponerle una inyección”, “privarlo del postre”.... El niño comentará su enfermedad acusándose de haber actuado mal: “Comí frutas verdes... no me puse el pulóver... no hice caso a mis padres”. Frente a ese discurso infantil los padres pueden reforzar las fantasías diciendo: “Toma tus medicinas, te harán bien. Cuando sanes... iremos a comprar helados”.

¿Cuál es la diferencia con la teoría traumática?

R: La teoría traumática es similar a la anterior, aunque en la elaboración de una explicación a propósito de su enfermedad el niño no se considera responsable, es decir, no siente haber cometido una falta capaz de inducir el castigo de parte de los padres. La causa es exterior al niño y por lo tanto no se siente responsable de la enfermedad.

La última teoría que usted mencionó, la teoría del placer hace pensar que el niño se complace de alguna manera en su estado de enfermo...

R: Bueno, la teoría del placer no tiene relación con el placer mismo, sino que se centra más bien en la problemática del deseo y de la culpabilidad, es decir, en los conflictos intrapsíquicos vividos por el niño. Anna Freud y T. Bergmann escribieron que “en el espíritu de muchos niños está afincada sólidamente la creencia según la cual ellos mismos serían responsables de su enfermedad, castigo merecido a causa de las maldades, desobediencias, órdenes rechazadas, masturbación (cometidas por ellos)..”

Ese sentimiento de culpabilidad resulta de las pulsiones agresivas habituales de la infancia...

R: Exactamente, pero sin importancia por cierto para el niño físicamente sano. En cambio, en el enfermo ellas adquieren “una significación predominante, puesto que socavan la energía necesaria para combatir la enfermedad, creando un comportamiento falso, masoquista y pasivamente enfermizo frente a la enfermedad”.

El niño que logra dar un sentido a su enfermedad ¿se sentirá más tranquilo y quizá mejore su estado más rápidamente?

R: Las concepciones infantiles de la enfermedad inspiradas en ese pensamiento mágico, juegan un rol sutil aunque decisivo en la eficiencia de la práctica pediátrica. Anna Freud insiste en el rol de las fantasías despertadas por la enfermedad infantil capaces de mirar la actitud de cooperación del niño respecto al programa médico, a su autoestima y la adaptación eficaz a la enfermedad.

Hemos visto que l situación de enfermedad acarrea muchos sentimientos y afectos de diferente orden, tanto para el niño como para l familia. Pero una de las experiencias más dolorosas debe ser la hospitalización del niño.

R: Bueno algunas enfermedades infantiles requieren un período de hospitalización, más o menos largo, con el fin de precisar el diagnóstico o e realizar tratamientos más sofisticados. La hospitalización significa para el niño una nueva situación vital crucial, hasta entonces inesperada.

¿Podría aclarar que entiende por “nueva situación crucial”?

R: Guante la hospitalización se modifican las referencias espacio-temporales (el hogar, la escuela, el barrio, los amigos, los padres); y surgen ene. Nuevo escenario otros protagonistas que “se apoderan” de su cuerpo e imponen, muchas veces, un contexto de intercambios afectivos diferentes y reducidos al mínimo impuesto por la organización hospitalaria. Esos protagonistas “desconocidos” hasta entonces deciden además su

actividad, imponen maniobras “extrañas” y a veces dolorosas. Se podría decir, exagerando por cierto, que apenas cuenta el niño como tal en el discurso de esas personas amables, pero que a veces distantes.

Entiendo que el niño puede sentirse poco protegido por sus padres, que quizá también desconocen el ámbito hospitalario....

R: Sí, frente a las limitaciones impuestas por el tratamiento, los padres son vivenciados por el niño como incapaces de protegerlo, de impedir el gran número de exámenes y la naturaleza agresiva del tratamiento. La experiencia psicológica de angustia desencadenada por la enfermedad se acrecienta entonces con la ausencia y la pasividad relativas de los padres y con la confrontación del niño con un mundo desconocido, vivenciando como hostil e incluso peligroso.

¿Cuáles son las características de lo que usted llama la “nueva situación vital” del niño hospitalizado?

R: La restricción de la actividad, corolario de la enfermedad y de la hospitalización, acarrea la reducción del ambiente físico y un cierto grado de aislamiento, consecuencias del tratamiento y las exigencias impuestas para la buena marcha del hospital. A este propósito escribe Israel: “La supresión, al menos parcial, del movimiento, porque se debe guardar cama, dificulta, frena las tendencias a la actividad y a la acción, imponiendo al niño frustraciones frente a las cuáles éste no puede reaccionar de otro modo mediante la agresividad y la angustia”.

El poco espacio físico que tiene el niño hospitalizado ¿es lo que lleva a comportarse en “forma agresiva”?

R: El mundo físico del niño hospitalizado se limita a su cama, a su habitación compartida las más de las veces con otros niños, a la unidad hospitalaria con su sala de juegos. El niño se siente excluido de su universo familiar, mientras sus hermanos y amigos van a la escuela, sus padres van al trabajo o se dedican a sus tareas cotidianas... y el mundo sigue andando.

En otras palabras, el niño hospitalizado, obligado, casi siempre, a guardar cama y a descansar, ¿se siente como desposeído de su cuerpo?

R: Exactamente. Pierde por el momento su independencia y se convierte en objeto de cuidado y de vigilancia en manos de enfermera amables y serviciales. Los “demás” ejercen sobre él, legítimamente, el derecho de fiscalización y de poder. La enfermedad y la hospitalización favorecen de ese modo la dependencia y la pasividad del niño.

¿Quiere decir que el niño vivirá la hospitalización como una experiencia agresiva?

R: Para Mazet y Houzel el niño hospitalizado vive una doble agresión tanto externa como interna. Además de su sufrimiento corporal se le impone la pasividad forzada y la pérdida del control de su cuerpo: se lo lava, se lo viste y desviste, a veces se le da de comer; se lo interrumpe en su sueño o en sus juegos, sin ayudarlo, en contrapartida, a verbalizar o a expresar su frustración y su agresividad. La situación puede adquirir, en casos extremos, una dimensión patológica cuando el niño se retrae sobre sí mismo,

concentrándose sobre su sufrimiento corporal y deja de lado toda actividad, cayendo en un marasmo de fastidio y de tedio.

¿Y cuáles serían las características de esta dimensión patológica de la hospitalización?

R: La angustia (de separación sobre todo), las manifestaciones depresivas o el comportamiento regresivo constituyen las reacciones más comunes que presenta el niño durante la hospitalización.

¿Qué nos puede decir de la angustia?

R: Las características de la angustia dependen del estadio del desarrollo de las relaciones objetales alcanzando por el niño. El niño de corta edad vive la situación con una mezcla de asombro y de rastreo visual. Más tarde, entre los 6 meses y 1 año, el niño es capaz de establecer una relación más sólida con su entorno familiar gracias a la adquisición cognitiva y afectiva de la permanencia el objeto y del estadio del espejo respectivamente. La separación se acompaña a esta edad de manifestaciones de malestar, e vocalizaciones, de problemas alimentarios o de sueño que pueden persistir incluso después del retorno al hogar.

La angustia pone en juego ciertos mecanismos de defensa...

R: La angustia pone en juego, en general, una serie de mecanismos de defensa tales como la represión de los afectos, la regresión mencionada antes y la proyección. el niño puede identificarse, en particular, con el médico, considerando como un agresor.

Cuando la angustia es muy intensa, surgen manifestaciones fóbicas (miedos de naturaleza diversa) o sentimientos de culpabilidad. En otros casos, la angustia se traducirá a través de perturbaciones del sueño o del apetito, irritabilidad o incapacidad para permanecer “tranquilo”. Los problemas de alimentación, por ejemplo, surgen, a veces, como respuesta de oposición a las exigencias de los adultos, principalmente de los padres, quienes fuerzan al niño de comer “para recuperar sus fuerzas”. Igualmente, ciertos problemas de sueño en el niño hospitalizado resultan de actitudes parentales inadecuadas.

¿Y las características de las manifestaciones regresivas?

R: Las manifestaciones regresivas están reforzadas por la pasividad y dependencia propias de la hospitalización. En realidad, un cierto grado de regresión parece inevitable en la situación de enfermedad. Y hasta es beneficioso para la aceptación de tratamientos dolorosos y agobiantes, así como para la aceptación de la inactividad, porque contribuye a la evolución favorable de la enfermedad.

¿Esto significa que las manifestaciones regresivas sirven para que el niño enfermo y/o hospitalizado se recupere?

R: Las manifestaciones regresivas constituyen también una tentativa de rehumanizar la relación, la búsqueda de una relación de objeto particular de amor primario. El niño expresa a través de la regresión una demanda e incluso una exigencia

de atención, de cuidados, muchas veces inhabituales. Se trata de una demanda de amor imperfecta centrada sobre sus propias fantasías.

En otras palabras, ¿el niño hospitalizado atribuye al médico y a las enfermedades posiciones correspondientes a las imágenes parentales?

R: En efecto, el niño puede mostrarse paradójicamente agresivo atribuyendo a los adultos, al médico, a la madre, o a las enfermeras, la responsabilidad de su mal. En otros casos, la agresividad puede ser dirigida hacia él mismo. El niño puede también adoptar una actitud de rechazo o de indiferencia frente a la enfermedad, e incluso de negación de los sentimientos penosos en relación con la enfermedad o con el tratamiento. Las actitudes regresivas son más frecuentes y definidas entre los niños en edad preescolar, pero se manifiestan también entre los escolares y los adolescentes.

Xavier es un niño de 7 años que está en terapia por un problema de retención urinaria y fecal. Ha sido hospitalizado algunos días para completar el diagnóstico eliminando cualquier factor de tipo somático.

Durante la psicoterapia el niño interpreta escenas en las cuales él desempeña el rol de médico. Se trata de un médico “sádico” que impone a su “paciente”- el psicoterapeuta- una serie de actos médicos (inyecciones, radiografías, etc...) o manipulaciones cargadas de agresividad.

Gracias a la escenificación dramática de la situación médica el niño es capaz al mismo tiempo de identificarse con el supuesto “agresor”, “el médico malvado”, y de agredirlo verbalmente. De ese modo puede llegar a manejar su miedo provocándolo en un tercero, aun cuando se trate de una fantasía proyectiva.

¿Cómo responden los niños más pequeños a estos cambios del entorno?

R: Los niños pequeños también su comportamiento durante la hospitalización. Ciertos autores estudiaron un grupo de lactantes, de entre 2 y 9 meses, hospitalizados en un servicio pediátrico. El estudio demostró que esos niños, aunque no expresaban malestar, respondían a los cambios del entorno mediante ciertas dificultades de contacto con sus cuidadores o mostrando una preocupación excesiva por los movimientos en torno a ellos. Se observaron también perturbaciones del sueño y de la alimentación.

Supongo que es más difícil para el personal médico atender a un lactante que a un preescolar.

R: El lactante pasa por un período particularmente vulnerable. La estimulación, indispensable para el desarrollo del niño, puede escasear en el medio hospitalario ya que el personal de enfermería casi siempre sobrecargado de trabajo dispone de poco tiempo, por ejemplo, para tenerlo en los brazos, arrullarlo, hablarle, jugar con él.

Y en cuanto a los preescolares, que han llegado a establecer lazos sólidos con las figuras del espacio familiar, necesitan preservar sobre todo una relación de confianza de la

madre. Durante la hospitalización se suele observar en ellos ciertas actitudes regresivas tales como chuparse el dedo, rechazar el alimentarse en otra forma que no sea el biberón. “pagarles a las faldas”(l’enfant collant según Loosli – Usteri) o manifestar oposición, incluso agresividad hacia la madre. Las fantasías propias de esta edad son múltiples: por ejemplo, una separación corta puede vivenciarse como “eterna”, los procedimientos médicos como “aterrantes” y cualquier cambio en el régimen alimentario como una verdadera “tortura”. Se observa también la modificación temporaria de ciertos aprendizajes recientes como el lenguaje, la marcha o el control de los esfínteres. Algunas veces, la hospitalización desencadena o acentúa ciertas manifestaciones neuróticas precedentes tales como la hiperactividad, la apatía y la tendencia a encerrarse en sí mismo.

¿Qué pasa con los temores de un niño que debe permanecer largo tiempo en el hospital, logra acostumbrarse a su nueva vida?

R: Estos temores se van disipando de poco a medida que el niño organiza correctamente las nociones de tiempo y espacio y aumenta su capacidad de expresión verbal.

Además, los temores deben ser diferentes según la edad...

R: Los niños entre 3-6 años suelen desarrollar temores relacionados con la integridad corporal. Las intervenciones quirúrgicas, sobre todo aquellas que afectan la región genitourinaria, aunque sean simples pueden ser vivenciadas como castigo,

agresión o mutilación. El rol de la angustia de castración en esos casos nos aparece evidente.

A Marc le han afectado la circuncisión unas semanas después de su nacimiento. Los días siguientes a la operación gritaba con todas sus fuerzas cada vez que la madre le iba a cambiar los pañales. Aun actualmente, a los 5 años. Marc se defiende y se muestra hosco o reticente cada vez que la madre le viste. Ha desarrollado además una serie de exigencias en el vestir y no acepta ropas demasiado holgadas.

¿Cuándo cesan las manifestaciones regresivas?

R: La actitud regresiva cesa con la convalecencia pues ésta marca “el duelo de esos placeres narcisistas”, de los beneficios secundarios del enfermar, e inicia el período de “reversión del mundo exterior.”

Usted habló de tres reacciones resultantes de la hospitalización de un niño: angustia, manifestación regresivas y manifestaciones depresivas. ¿Cuáles son las características de estas últimas?

R: Las manifestaciones depresivas son frecuentes en los niños hospitalizados. Muchas de ellas son pasajeras y evolucionan paralelamente a la angustia y a los comportamientos regresivos. Las manifestaciones depresivas pueden resultar de la enfermedad en sí misma tal como sucede en la actividad física, de la reducción de los contactos sociales o de un sentimiento más profundo de desvalorización del niño puesto

que la enfermedad le impide realizar correctamente sus proyectos o corresponder a lo que juzga como el deseo de su entorno humano.

Además de la edad y de los elementos afectivo – cognitivos propios del desarrollo, intervienen otros factores para explicar las reacciones del niño frente a una enfermedad grave.

¿Piensa usted en factores relacionados con la edad?

R: Por cierto que sí. Y en el primer año de vida observamos los siguientes factores:

- 1) La fragilidad física y la intensidad del dolor, frente a las cuales de bebé reacciona mostrándose apático.
- 2) La imposibilidad de integrar aun proceso de aprendizaje los estímulos exteriores, en una fase particularmente importante para el desarrollo del niño;
- 3) La ansiedad de los padres, de la madre en particular, con respecto al porvenir vital del niño.

¿Qué otros factores intervienen en los niños mayores?

R: Los factores que intervienen son:

- 1) La duración de la hospitalización: si dura más de una semana es más traumático.
- 2) La frecuencia de hospitalizaciones precedentes y el tipo de tratamiento al que ha sido sometido;
- 3) E tipo de enfermedad, ya que las enfermedades crónicas causan mayor impacto en el proceso de desarrollo el niño;

- 4) Los factores ambientales tales como: el nacimiento de otro niño, la rivalidad fraterna, la separación o el divorcio de los padres, las mudanzas, la enfermedad grave o el fallecimiento de algún familiar.

Celina es una adorable niña de 5 años que traen a la consulta para seguir una psicoterapia debido a un retraso en la adquisición del control de esfínteres. Se presenta como una niña muy insegura y depresiva, con rasgos abandonicos. El problema central de la niñita nos parece que se sitúa a nivel de la identidad, como si Celina no hubiese llegado a estructurar una imagen adecuada de sí misma y definir un lugar propio dentro de su familia.

Nacida con una imperforación anal, fue operada a las pocas horas y tuvo que permanecer en el hospital durante algunas semanas a causa de un postoperatorio y una recuperación difíciles. La madre agotada después del parto, vino muy poco de visita durante ese período de hospitalización, y el padre, profesor universitario, no aceptó verla sino 40 días después del nacimiento.

Se podría explicar su encopresis como resultado de un tratamiento quirúrgico imperfecto, pero los exámenes actuales: defecografía, potenciales evocados, manometría rectal..contribuyen a descartar esa posibilidad. Pensamos más bien que Celina está marcada por el estado depresivo-abandonico precoz provocado por la ausencia de un entorno afectivo parental primario adecuado. Y esa falla en la constitución de la seguridad afectiva de base (de su narcisismo primario) se traduce por una inversión insuficiente de su propia imagen y por la utilización de su “cuerpo enfermo” como única puerta de entrada para formular una demanda de ayuda y de amor.

Usted habló de la patologización a la que podía llevar una situación de hospitalización.

¿Podría aclarar algo más?

R. La enfermedad puede despertar conflictos inconscientes debido al deseo regresivo de obtener atención y cuidados de parte de la madre, y además, a la culpabilidad ligada a ese deseo que no corresponde a su propio yo ideal ni a las exigencias del entorno. Muchos de los síntomas regresivos observados en el niño hospitalizado son utilizados para obtener beneficios secundarios y pertenecen al registro conversivo (dólares, debilidad, cansancio). Esas reacciones expresan la exigencia de conflictos intrapsíquicos y relacionales más profundos y arcaicos.

¿Si le he entendido bien, las manifestaciones patológicas descritas son de carácter transitorio?

R: Si y conviene insistir en ese carácter transitorio y no patológico de la mayoría de las manifestaciones de ansiedad, regresivas, depresivas y comportamentales que presenta el niño enfermo hospitalizado.

Nuestra afirmación no significa no tomarlas en serio o soslayarlas, y aun menos considerarlas como epifenómenos, parásitos que conviene eliminar para ejercer una “medicina real y científica”

En otras palabras

R: En mi opinión, las manifestaciones que acabamos de describir exigen que se les asigne el lugar que les corresponde como una dimensión prioritaria del enfermar infantil. Las dimensiones subjetiva (vivencia de la enfermedad) e intersubjetiva (repercusión sobre el medio familiar) del enfermar infantil constituyen factores del mismo orden que la dimensión objetiva (lesión somática), importantes en la evolución de la enfermedad.

¿Qué cambios se han operado en la atmósfera hospitalaria pediátrica, a partir de la década de 1950?

R: A partir de la década de 1950 ha surgido una toma de conciencia acerca de la necesidad de prestar atención a los aspectos emocionales relacionados con la hospitalización del niño. Esta toma de conciencia se inscribe en un contexto ideológico más amplio cuya meta sería "humanizar el hospital".

¿Humanizar el hospital lleva a humanizar la forma de atender al paciente? '

R: De este modo se busca acoger mejor al paciente, brindarle la información necesaria y suficiente, escuchar y tomar en cuenta su discurso, considerar la importancia del entorno familiar y social, facilitar el apoyo espiritual... La enumeración no es exhaustiva, pero indica el interés del hospital en considerar al enfermo como un sujeto responsable, capaz de asumir su situación de enfermedad y de participar en su tratamiento.

¿Cuál es el impacto positivo de la humanización de la atención médica sobre el tratamiento de la enfermedad?

R: Una serie de estudios, antiguos y recientes, han demostrado el impacto de los gestos, de las actitudes y del discurso médico en la construcción del fantasma de la enfermedad tanto en el niño como en sus padres. La enfermedad en cuanto proceso "iatrogénico" se organiza en el encuentro entre el médico, el niño y sus padres, en el cual intervienen también los demás miembros del equipo de enfermería.

¿La humanización modifica la forma de acoger al niño enfermo?

R: Sí. Se considera que la enfermedad del niño es la palabra dirigida al adulto, como bien lo señala Kipman. En general, el discurso de todo paciente busca ser reconocido, aceptado. Ese reconocimiento no es un lujo, sino una necesidad, una inversión capaz de garantizar a largo plazo la eficacia del tratamiento y la recuperación biopsicosocial del niño.

Es decir que el cuerpo médico ¿estará más sensibilizado a la importancia de considerar al niño como sujeto?

R: Por supuesto, aunque no se trata de grandes discursos, pues muchas veces bastan los gestos simples, casi banales. Por ejemplo, el médico que decide no hacer un examen físico al niño inmediatamente después de un primer examen en el cual se efectuaron tomas de sangre, con las consecuentes reacciones de pánico.

¿Es importante la relación del niño con su médico tratante?

R: Sí, la tarea de escuchar el discurso del niño incumbe directamente al médico tratante responsable de la salud "física" de su paciente. La capacidad de acogida de este médico de primera línea, generalista o pediatra, es suficiente para tranquilizar al paciente y a sus padres.

Según esto, poder escuchar el discurso del niño ¿permitiría, entonces, realizar un trabajo preventivo?

R: A nuestro entender, la prevención de las reacciones emocionales comienza desde el momento mismo de la primera consulta, cuando se pone en marcha el proceso diagnóstico, pues la prevención forma parte de la "interpretación de los datos diagnósticos y de las recomendaciones terapéuticas facilitadas a los padres".

¿Cuáles serían en la actualidad los principios de base establecidos para asumir los aspectos señalados?

R: Estos principios serían:

- 1) Disminuir el impacto de la separación familiar.
- 2) Favorecer la participación de los padres en los cuidados médicos del niño.
- 3) Preparar a los niños para los diferentes procedimientos médicos.
- 4) Evitar las prácticas consideradas como "extrañas" o amenazantes.

¿Existen algunas facilidades para que los familiares del niño puedan pasar más tiempo con él?

R: La presencia y el contacto del niño con sus padres, con los familiares o con los encargados de su cuidado constituyen actualmente medidas preventivas indispensables durante la hospitalización. Los servicios pediátricos se muestran más tolerantes en los horarios de visita, siempre y cuando éstos no entorpezcan la buena marcha del tratamiento. Se favorece la hospitalización madre-hijo o la organización de actividades próximas de la vida normal del niño, tales como la escuela, las salas de juego, los talleres artísticos, la presencia de payasos, etcétera.

No se ha estudiado la posibilidad de que la madre pueda quedarse al lado del niño, sobre todo después de una intervención quirúrgica?

R: La hospitalización madre-hijo es una práctica ideal, pero no es posible en todos los casos. por esta razón se han establecido alojamientos vecinos a los hospitales para facilitar la presencia constante de algún miembro de la familia en las cercanías del niño.

¿Entonces, lo importante no es sólo el aspecto afectivo del niño sino también su desarrollo cognitivo e intelectual?

R: En efecto, un aspecto a veces dejado de lado durante la hospitalización es la necesidad de crear un marco de trabajo capaz de velar por el desarrollo intelectual del niño hospitalizado, mediante la llamada "escuela en el hospital" u otras actividades tales como talleres de expresión artística.

¿Qué pasa con los niños en edad escolar y los preadolescentes que por la situación de hospitalización, pierden sus referencias escolares rutinarias?

R: Estos niños muestran preocupación por las responsabilidades escolares, por el retraso en los cursos y por las consecuencias ulteriores de su ausencia sobre los resultados escolares. En ellos el comportamiento regresivo se expresa en el campo de la socialización y del aprendizaje. A veces vemos también a través de algunas manifestaciones de tipo conversivo.

Didier, un niño de 9 años, viene a la consulta por dificultades escolares que se acompañan de signos de ansiedad manifiesta. Hace apenas un mes lo operaron de una apendicitis aguda con principios de peritonitis.

Didier se muestra profundamente ansioso durante la entrevista. Cuando se llega a establecer un buen contacto con él, nos confía sus temores y angustias. Nos cuenta que a su hermanita también la operaron de apendicitis dos semanas después de su propia operación. Esta sucesión temporal lo inquieta pues se pregunta si él no ha sido el causante de la enfermedad de su hermana, porque su propia enfermedad podría ser contagiosa. Le explico la situación mientras jugamos al "doctor".

Durante el juego, Didier me habla de su hospitalización, de su ansiedad por saber lo que el médico le decía a sus padres en ese momento, de las discusiones entre adultos - médicos, enfermeras y estudiantes-, "siempre en voz baja" como si él tuviese que ignorar lo que se decían y, cuando alcanzaba a escuchar, le parecía no entender de qué se discutía. ¿Hablaban de él? ¿Sería grave su enfermedad?

¿Qué hace la escuela en el hospital?

R: La implantación de la escuela en el hospital responde a una necesidad pedagógica pero también de animación a través del juego, del diálogo, de la presencia humana, que son necesarios para mantener los aprendizajes escolares, sociales y humanos.

¿Cómo preparar al niño para una intervención médica?

R: La preparación de los niños para las intervenciones médicas, sobre todo quirúrgicas, se realiza mediante el juego, el dibujo, las marionetas, etc. Con los niños pequeños o demasiado ansiosos el trabajo de preparación debe ser más bien corto para evitar el estrés suplementario. Los niños mayores, capaces de comprender mejor la situación, requieren, en general, una preparación más profunda.

Para que el niño no se sienta preocupado, ¿debe conocer al equipo médico mucho antes y haber tenido la posibilidad de crear lazos de confianza?

R: Sí. Nuestra experiencia confirma la importancia de establecer una relación de confianza con el niño, de cimentar una verdadera alianza terapéutica, capaz de brindar seguridad y sostén en el momento oportuno. La información y el apoyo no son privativos del rol "psi". En muchas clínicas, los anestesistas suelen presentarse algunos días antes de la operación no sólo para examinar al niño, sino para tomar contacto con él y para explicarle someramente los procedimientos de la intervención quirúrgica.

¿Quién explica los procedimientos quirúrgicos?

R: El médico debe explicar cada procedimiento en términos simples, utilizando un lenguaje adecuado a la comprensión del paciente según su edad, su capacidad y su

personalidad. Por supuesto esta comunicación situada a nivel digital no tendrá ningún efecto positivo sobre el niño si ella no refleja la propia seguridad interna del médico, el nivel analógico. Insistamos una vez más el médico tranquiliza tanto por su competencia profesional como por su calidad de contacto humano.

¿Qué otros consejos daría usted antes de la operación?

R: Es mejor evitar las prácticas vivenciadas como de atuendos quirúrgicos de "piloto de nave espacial" delante del paciente. También conviene evitar las visitas de sala en las cuales los médicos discuten entre sí o con los asistentes y estudiantes o los padres sin dirigirse al paciente para nada.

¿Qué otros elementos permiten favorecer el trabajo de acogida psicológica del niño hospitalizado?

R: El trabajo de acogida psicológica del niño hospitalizado debe tomar en cuenta la situación de crisis vivenciada como consecuencia de la enfermedad y del cambio de contexto espacio-temporal que significa encontrarse en un hospital. Para favorecer la expresión emocional y la reorganización de la dinámica afectiva del niño se recurre a los medios clásicos de la psiquiatría infantil tales como el dibujo, las marionetas, los cuentos o, más especializados, como el squiggle game de Winnicott.

Usted habló anteriormente de que el niño llega con una interpretación propia sobre su enfermedad, ¿conviene tomarla en cuenta antes de la operación?

R: La percepción de la enfermedad -dolor, malestar corporal e incapacidad para abocarse a las actividades cotidianas- induce inexorablemente la elaboración de hipótesis imaginarias con respecto a su "etiología". Esas teorías imaginarias suelen acompañarse de un sentimiento de culpa. Conviene entonces ayudar progresivamente al niño a superar esa situación afectiva mediante la elaboración progresiva de una significación realista de la enfermedad y la integración de la vivencia traumática a su historia personal.

Existen diferentes medios para que el niño pueda expresar sus emociones ¿Cuál es el que más utiliza usted?

R: En nuestro servicio trabajamos con dibujos ya que éstos muestran la problemática descrita antes en cuanto a la enfermedad y a la hospitalización. Pedimos a los niños que dibujen a un niño enfermo, a un niño y a su médico, al médico, y también que hagan un dibujo libre.

Eric es un niño de 5 años hospitalizado por un trastorno del ritmo cardíaco diagnosticado un año antes después de un accidente de tránsito. Aunque Eric presenta una cierta discapacidad limitante a nivel de su actividad física, su vida no corre ningún riesgo y el pronóstico es más bien favorable.

Cuando le pedimos que dibuje, Eric se encuentra inmovilizado en la cama del hospital como consecuencia de una perfusión. Por la misma razón tampoco puede servirse de la mano derecha para realizar sus dibujos. Trabaja entonces con la mano izquierda, sin estar acostumbrado a ello, lo cual explica probablemente la poca firmeza de sus rasgos. En sus dibujos nos parece entrever parcialmente la problemática de su discapacidad actual pues Eric no dibuja los brazos de ninguno de los personajes representados por él (médico y niño). Cuando se le pide el dibujo libre, Eric dibuja dos personajes cuyos brazos "gigantescos" nos llaman la atención. Podría decirse que Eric reprime su discapacidad en la situación impuesta y se opone al mismo tiempo, de modo latente, a las normas del cuerpo médico.

¿Cómo entender el encuentro médico-niño?

R: Inspirándonos en las teorías propuestas por Kipman, consideramos que el encuentro médico-niño aparece como la confrontación entre dos mitos. Cada uno de los actores del encuentro está presente a través de sus creencias y de sus conocimientos, de su experiencia personal y de los valores propios de su entorno familiar y profesional. Hay muy poco material acerca de la relación médico-niño enfermo, dejando más bien correr la imaginación acerca de aquello que el adulto vivencia de la infancia como una fase de desamparo y de debilidad. Surge el niño en el imaginario social del adulto como sujeto a proteger con los medios a su alcance (p. ej. elaborar una legislación sobre sus derechos). La enfermedad ahonda aun más esta imagen de fragilidad para reforzar la idea de poder y de ciencia del médico.

Francoise es una niña de 10 años, se le diagnosticó diabetes un año antes. Notamos, en primer lugar, que la figura del médico es percibida como traumatizante. El médico aparece sonriente, vestido con ropa de colores y su aspecto general es el de una persona jovial, con los brazos levantados. El niño, por el contrario, muestra apenas su cabeza, mientras que su cuerpo está oculto por una gran almohada.

La patología de Francoise la obliga a someterse a una especie de autoagresión pues ha comenzado a inyectarse ella misma las dosis de insulina necesarias para controlar una enfermedad cuyas características son, por decirlo así, invisibles. La niña pasa por algunas fases en las cuales siente algún malestar, pero no tiene ni fiebre, ni dolores. Se trata de una enfermedad frente a la cual la explicación racional propuesta por el cuerpo médico le es poco convincente. Se le ha explicado la necesidad de las inyecciones de insulina en función de los controles cotidianos de glucemia, y esas inyecciones autoagresivas parecen ser necesarias para su salud... Al esconder su cuerpo en el dibujo marca su angustia frente a la necesidad de inyectarse la insulina en las piernas o en los brazos. Esta interpretación se inscribe en la actitud de rechazo presente cada vez que ella tiene que inyectarse el producto.

Notamos también la diferencia de fisonomía según las situaciones: tristeza en presencia del médico, alegría cuando está sola. Podría decirse entonces que la presencia de la autoridad médica provoca en ella un sentimiento de malestar y de oposición larvada.

El color elegido para dibujar las sábanas y la almohada es a la vez cálido y agresivo: el rojo.

Lo que vemos es que existe más de un actor preocupado en la recuperación de la salud del niño hospitalizado; hemos hablado del cuerpo médico, de los padres y también de la escuela. ¿Se busca establecer una relación de colaboración entre todos?

R: Por supuesto. Para empezar, el encuentro y la escucha de los padres del niño subraya la importancia de su rol en la hospitalización y en la historización intrapsíquica y transgeneracional de las manifestaciones patológicas. Los padres juegan un rol preponderante en la adaptación del niño

**El juego y el esparcimiento a lo largo del ciclo vital
concepto.**

El *juego* es un fenómeno del desarrollo, un tipo de actividad y modo de interactuar de los niños con su ambiente. El juego es el modo en que los niños aprenden acerca del mundo por medio de la exploración, experimentación y repetición.

El juego es espontáneo, motivado intrínsecamente, divertido, totalmente absorbente y realizado por su propia búsqueda.

Los términos *juego* y *esparcimiento* generalmente son utilizados como sinónimos y a menudo son diferenciados por la edad, de modo que los niños juegan y los adultos se comprometen en actividades de esparcimiento. Juego y esparcimiento no son sinónimos. El juego también ha sido vinculado al trabajo porque el niño aprende las destrezas y desarrolla los intereses mediante el juego que más tarde afecta las elecciones en el trabajo y el esparcimiento. De este modo, el juego puede considerarse como un todo que

conduce al trabajo y al esparcimiento. Las experiencias lúdicas de los niños apoyan los fundamentos para el trabajo y el esparcimiento mediante la exploración; la manipulación e investigación; el aprendizaje; la interacción social; la competición; la cooperación y el aprendizaje de reglas; y el desarrollo de la competencia, la auto-determinación y la personalidad.

A lo largo de la vida de una persona, la cantidad de tiempo utilizado en actividades definidas como juego, trabajo o esparcimiento varía. En la temprana infancia, se utiliza mucho tiempo en el juego. Cuando los niños maduran, el tiempo se divide entre la escuela y el tiempo libre, más tarde el trabajo y el tiempo no relacionado al mismo. En los adultos mayores, predomina el tiempo de esparcimiento.

Los estadios del juego y el esparcimiento han sido resumidos por Bergen (1988), Neulinger (1981) y otros autores. En la infancia predomina el juego sensoriomotor y exploratorio. Los niños desarrollan el dominio de sus cuerpos y aprenden el efecto de sus acciones sobre los objetos y las personas del ambiente. Los estadios de este temprano juego sensoriomotor han sido descriptos por Piaget (1962), Rubín (1980) y otros autores. Al final del primer año, los niños participan activamente en la exploración, comenzando a comprender la causa y el efecto y se interesan en como trabajan las cosas. En el segundo año de edad, el juego se centra alrededor de una combinación de objetos y en el aprendizaje de su significado social.

Los niños comienzan a clasificar los objetos y a desarrollar el propósito en sus acciones. Durante el final del primer año y durante el segundo, los niños comienzan a desarrollar el juego simbólico y la simulación. Los juegos sociales comienzan muy temprano con la

interacción entre el lactante y su madre y a la edad de 3 años, el niño se compromete en juegos sociales complejos.

Los principales cambios en el juego ocurren entre los 5 años de edad cuando el niño aprende a ajustar el ambiente físico y social. El juego práctico y exploratorio gradualmente se desplaza al juego constructivo y el niño se vuelve más interesado en el resultado de la actividad. El juego constructivo predomina en este período. El juego simbólico y la simulación son redefinidos dentro del juego dramático y sociodramático. Los niños en este estadio comienzan el juego de roles y de este modo aprenden acerca de los sistemas sociales. Garvey (1977b) describe cuatro tipos de roles observados en el juego grupal: (1) roles funcionales (por ejemplo, doctor), (2) roles de relación (por ejemplo, madre y bebé), (3) roles de personaje (por ejemplo, superman) y roles periféricos sin ninguna identidad alternativa. Además del juego de simulación, el juego social continúa desarrollándose en otras dos formas: el juego rudo y de derribar y el emergente juego con reglas (Bergen, 1988).

El juego de la edad escolar no ha sido estudiado tan ampliamente como el de otras edades porque los niños de edad escolar tienen más obligaciones en su tiempo, ir a la escuela y jugar en los momentos no dedicados a la escuela. El tipo principal de juego observado en este estadio es el juego gobernado por las reglas (Bergen, 1988), mediante el cual los niños aprenden recíprocamente o dan y reciben. El juego social y los juegos reglados están particularmente influenciados por la cultura. El ambiente físico disponible para el juego, los grupos de amigos y los tipos de juego estimulados por los padres han cambiado nuestra sociedad más urbanizada (Neulinger, 1981).

El énfasis actual en los deportes organizados (por ejemplo, las pequeñas ligas) y la planificación de actividades después de la escuela ejemplifican algunos de estos cambios. En los niños de edad escolar se puede aún observar el juego práctico y constructivo, pero la diferencia radica en que el juego parece más relacionado con su finalización que a los medios. En otras palabras, los niños practican para desarrollar sus destrezas, construir o realizar un proyecto. El juego simbólico tiende a integrarse dentro del juego con reglas, como policías y ladrones o transformados dentro de los juegos mentales y lenguaje lúdico, tales como las adivinanzas o los códigos secretos (Bergen, 1988). El juego fantástico persiste en clubs secretos, ensoñación durante el día o es sustituido por la televisión.

Los adolescentes desarrollan su autonomía y se socializan dentro de roles adultos. Éste es un período de transición de obligaciones, tiempo disponible para el esparcimiento, cambios y esclarecimiento de los intereses, presión familiar y de iguales todo lo cual afecta a la actividad adolescente (Neulinger, 1981). En un estudio realizado por Csikszentmihaiyi & Larson (1984), la mayoría de las actividades simples de los adolescentes eran socializantes; en segundo lugar estaba la televisión y en tercer lugar los deportes, juegos, aficiones, lectura y música.

La utilización del tiempo predominante en el adulto se encuentra en el trabajo y en las obligaciones familiares. Múltiples factores afectan a los patrones de esparcimiento en la adultez, tales como la edad, el sexo, el estado civil, los roles laborales, si uno tiene hijos y la edad de éstos. El tiempo disponible para el esparcimiento y los hábitos cambia cuando se avanza a través de los estadios del adulto. Por ejemplo, los adultos solteros

toman parte en una mayor variedad de actividades fuera del hogar que los casados y, en particular, la recreación física o las actividades sociales varían entre hombres y mujeres de diferentes edades. El impacto de las innovaciones, como la televisión y las computadoras, también ha cambiado los patrones de esparcimiento a lo largo de los años (Neulinger, 1981).

Cuando las personas alcanzan la mediana edad y los hijos dejan el hogar, se incrementa el tiempo para el esparcimiento. Neulinger (1981) establece que "la tendencia general para intereses y actividades de esparcimiento se restringe con la edad a pesar de la disminución de las responsabilidades" (p. 580).

Un estudio realizado por Nystrom (1974), sin embargo muestra que la frecuencia de la participación en las actividades y la variedad de actividades elegidas no disminuyeron con la edad, el cual reforzó el concepto de mantenimiento de la actividad con el envejecimiento.

Se piensa que los adultos mayores dedican mucho tiempo al esparcimiento, Broderick y Glazer (1983) encontraron correlaciones entre la participación en esparcimiento pre-jubilación y el esparcimiento post-jubilación, pero la edad, salud, movilidad y los ingresos desempeñan un rol importante en la cantidad de esparcimiento y la calidad de su deleite. Nystrom (•1974) encontró que muchas actividades comunes a este grupo etario eran la televisión; en segundo lugar la socialización y luego las tareas manuales pequeñas y la lectura. Encontró una incidencia ligeramente mayor de las actividades pasivas más que de las activas, significado y satisfacción vital.

Iso-Ahola (1980) cita investigación que demuestra qué tipos de juego afectan a los patrones de esparcimiento de los niños y los adultos, pero también que los patrones de esparcimiento cambian continuamente a lo largo del ciclo vital. Cree que este cambio se debe a las necesidades de la persona para buscar experiencias de esparcimiento nuevas y excitantes. La adquisición de nuevas destrezas de esparcimiento y el reemplazo de las viejas también reflejan la influencia de los patrones de socialización y esparcimiento. Existe una tendencia a que las personas de edad cambien las actividades de esparcimiento más que a su abandono.

7.8 Juego

Teorías

Las teorías sobre el juego pueden clasificarse dentro de cuatro categorías; evolutivas, fisiológicas, psicológicas y socioculturales. Han sido resumidas por Reilly (1974), Ellis (1973), Parker (1976) y Neulinger (1981). Las explicaciones evolutivas son: la teoría de la recapitulación de Hall, la visión del juego como preparatorio para la vida de Groos y las analogías entre el juego de los animales y el juego humano. Las explicaciones fisiológicas destacan las ideas de Schiller y Spencer de trabajar energía extra, la visión de Patrick de la recreación y la relajación y la teoría de la excitación de Beriyne. Las explicaciones psicológicas detallan el concepto de White acerca de la motivación intrínseca y competencia, los procesos inconscientes de Freud, el desarrollo de la función del yo de Erikson, el desarrollo cognitivo, como lo describe Piaget y Bruner y el aprendizaje, como lo resume Sutton-Smith. Las explicaciones socioculturales son el

desarrollo de las habilidades sociales descritas por Parten, la visión de Huizinga relacionada con el juego y la cultura, la simbolización y los rituales, los juegos como los describe Caillois (1958), significado y mito, y el desarrollo de las reglas y los roles de Reilly. Muchas de estas explicaciones destacan el valor del juego como contribuyente al desarrollo del niño o la endoculturalización.

Evaluación

Observar el juego de los niños es como mirar a través de una ventana al interior de sus vidas puesto que el juego es el modo en que los niños aprenden acerca del mundo. El análisis del Juego de los niños nos dice mucho acerca de sus habilidades cognitivas, participación social, imaginación, independencia, mecanismos para afrontar problemas y solucionarlos con éxito y el ambiente (Brown & Gottfried, 1985; Bruner, Jolly & Sylva, 1976; Ellis, 1973; Garvey, 1977a; Hartley & Goldenson 1963; Bergen, 1988). La evaluación del juego y de las habilidades del niño vistas a través del juego es necesaria para proporcionar al terapeuta instrumentos para analizar el juego y planificar el tratamiento. Ellis (1973) cree que el juego puede definirse en función de motivo o contenido. Los motivos son las razones por las cuales o donde ocurre el juego. El contenido se refiere a los elementos del juego. Esta revisión de evaluaciones incluye aquellas más comunmente utilizadas en la literatura de terapia ocupacional. Se refiere también al lector a una revisión amplia de las evaluaciones del juego y esparcimiento por Kielhofner y Barris (1984).

Kalverboer (1977) estudió el juego y su relación con la organización de la función, neurológica. Las descripciones fueron obtenidas del comportamiento del niño en relación a los ambientes físicos y sociales. Los niveles de complejidad del juego fueron definidos y se consignaron la consistencia y duración del juego. Kalverboer realizó filmaciones de las observaciones del juego con material lúdico pre-seleccionado en un ámbito estructurado con una secuencia preestablecida.

Rosenblatt (1977) consideró el juego como una actividad cognitiva que contribuye al conocimiento del niño y de su relación con el mundo que le rodea. El juego y el lenguaje son parte del desarrollo del significado de símbolos del exterior del niño.

Observó a niños de 9 a 24 meses de edad en su hogar con un conjunto estandarizado de juguetes utilizando un muestreo de tiempo y clasificando las respuestas de los niños hacia los juguetes en cuanto a juego y calidad lúdica.

Hulme & Lunzer (1966) también se interesaron en la relación del juego, lenguaje y razonamiento. Observaron el juego libre de niños de 2 a 6 años de edad utilizando una escala de calificación para la observación. El comportamiento fue calificado en una de dos subescalas: adaptación a la utilización de los materiales e integración del comportamiento. La adaptación a la utilización de los materiales consideró el grado para el cual el niño utiliza el material apropiadamente y la extensión para la cual el niño se adapta a los materiales de otro modo aparte del obvio utilizando un propósito imaginativo o constructivo. La integración del comportamiento fue una medida de la complejidad del mismo.

Smilanski (1968) elaboró estadios del desarrollo del juego discutidos por Piaget y otros autores en su examen del juego sociodramático. Desarrolló una evaluación de seis elementos del juego sociodramático: (1) juego de roles imitativo, (2) simulación respecto a los objetos, (3) simulación con respecto a las acciones y situaciones, (4) persistencia, (5) interacción y (6) comunicación verbal.

Rubín, Maioni & Hornung (1976), Rubin, Watson y Tambor (1978), y Sponseller (1974) desarrollaron un modelo de observación similar acerca de las principales categorías del juego social de Parten y las categorías de juego cognitivo descritas por Piaget y Smilanski. Los comportamientos fueron codificados entre las dimensiones de las categorías del juego cognitivo y social. Estas escalas fueron utilizadas para observar a los niños deambuladores y en edad preescolar.

Wolfgang & Pheips (1983) evaluaron la preferencia de los niños por los materiales de juego como reflejo del desarrollo. Desarrollaron un inventario basado en las categorías del juego de Piaget. El inventario utilizó figuras de juegos y los niños fueron interrogados acerca de sus preferencias lúdicas.

Parten (1933) evaluó la participación social en el juego de niños de edad preescolar. Clasificó el juego dentro de dos dimensiones: grado de participación y grado de liderazgo. Los grados de participación fueron: juego desocupado, solitario, espectador, paralelo, asociativo y organizado. El grado de liderazgo se refirió a la participación independiente, siguiendo algunas directrices de otras personas, compartir el liderazgo con otras personas y dirigir sólo.

Lieberman (1977) examinó la relación del juego y el pensamiento divergente. Observó

cinco características Indicadas de niños de guardería: espontaneidad, diversión manifiesta, sentido del humor, espontaneidad social y espontaneidad cognitiva. Cada característica fue medida por su cantidad y calidad. Truhon (1983) examinó la diversión en el juego creativo y utilizó las categorías de Liebermann evaluando conjuntamente la creatividad verbal y no verbal. Barnert (1990, 1991) y Barnettand Kluber (1982. 1984) depuraron los conceptos de diversión y desarrollaron una escala de calificación para evaluar las características inherentes a la definición de diversión.

Aunque muchas de estas evaluaciones consideran el Juego como un fenómeno del desarrollo, su énfasis ha sido aislado de los aspectos lúdicos. La evaluación utilizando sólo un tipo de ellas proporciona una visión soslayada de la complejidad del juego. Si sólo se busca en el contexto social o cognitivo, se reduce la riqueza de la experiencia lúdica. Linder (1990) desarrolló una evaluación transdisciplinaria basada en el juego que evalúa al niño en su desarrollo cognitivo, socio-emocional, lenguaje, motor y físico. El niño es evaluado mediante la observación del juego en ambientes estructurados y desestructurados, sólo, con sus padres y con compañeros.

La terapia ocupacional se ha centrado en el funcionamiento total del niño dentro del ambiente. Todos los aspectos del desarrollo se consideran importantes y el desarrollo de los aspectos lúdicos ha sido relevante (Reilly, 1974, Takata, 1974;

Florey, 1971, 1981). En terapia ocupacional, dos evaluaciones exploran el desarrollo del juego y consideran la complejidad del mismo: The Play History (Takata, 1969, 1971, 1974) y la Preschool Play Scale (Knox, 1968, 1974; Bledsoe & Shephard, 1982).

Takata (1969, 1971, 1974) consideró el juego como un fenómeno de! desarrollo,

limitado por el espacio y el tiempo, reflejando las interacciones entre la persona y el ambiente externo. Diseñó una entrevista semiestructurada y una observación lúdica para obtener información acerca de los horarios de actividades diarias del niño. Identificó dos elementos del juego: la forma y el contexto. La forma era la elección de los materiales de juego, cantidad y naturaleza de la diversión y organización en el juego y fue pensada para observar cambios paralelos en el desarrollo. El contexto fue la expresión de las necesidades inmediatas del niño, impulsos, estados emocionales y físicos y reflejo de las situaciones vitales. Behnke y Fetokovich (1984) llevaron a cabo los estudios de Habilidad y validez en la Play History y la encontraron un instrumento válido y fiable para evaluar el comportamiento lúdico del niño.

Knox (1968, 1964) desarrolló una evaluación observativa para dar una descripción del desarrollo del comportamiento normal del juego desde 0 a 6 años de edad. La evaluación describe el juego en función del incremento anual y en cuatro dimensiones: manejo del espacio, manejo de materiales, imitación y participación. El manejo del espacio fue "el modo en el cual el niño aprendió a manejar de su cuerpo y el espacio que le rodea, a través del proceso de experimentación y exploración" (p,45). El manejo de materiales fue "la manera en la cual el niño manipuló los materiales y el propósito con el que fue ron utilizados" (p. 46). La imitación fue "el modo en que el niño obtuvo una comprensión del mundo social circundante y aprendió a controlar sus sentimientos a través del proceso de observación... imitación y dramatización" (p. 46). La participación fue la cantidad y el modo de interacción con las personas en su ambiente, el grado de independencia y cooperación de mostrada en las actividades lúdicas" (p. 46). Los niños

fueron observados en el ámbito institucional, fuera del mismo y todos fueron calificados para las cuatro dimensiones.

Bledsoe y Shepard (1982) revisaron la escala y la redenominaaron como *Preschool Play Scale*. Examinaron la fiabilidad y validez con niños normales. Harrison & Kielhofner (1986) hicieron lo mismo con una población discapacitada. Hallaron que la escala era muy fiable y válida.

Dos evaluaciones no publicadas se diseñaron para evaluar el juego en los niños de edad escolar. McDonaId (1987) desarrolló un instrumento de auto-informe diseñado para medir la actividad y el estilo del juego en niños de 7 a 11 años de edad. Para la actividad lúdica fue elegida la cantidad y el tipo de tiempo utilizado en actividades lúdicas específicas y el estilo lúdico fue el estilo de juego que percibía el niño y la frecuencia de participación en comportamientos lúdicos. El instrumento fue evaluado con 77 niños y se estableció la fiabilidad y validez. Primeau (1989) desarrolló un instrumento de observación para evaluar el comportamiento lúdico en muchachos pre-adolescentes de 9 a 11 años de edad. La guía buscó violación de la calidad social del comportamiento lúdico en cuanto a obediencia a reglas, cooperación con otros jugadores y sentido de juego limpio.

Recientemente, se han utilizado métodos cualitativos para explorar aspectos específicos del juego. Pierce (1991) observó y analizó el juego de niños pequeños y deambulados para determinar la temprana adquisición de reglas. Se identificaron tres tipos de reglas relacionadas con el objeto: reglas de las propiedades del objeto, reglas de la acción del objeto y reglas del afecto del objeto. Knox observó el juego de los prescolares para

determinar las características de diversión y los efectos de los cuidadores y el ambiente en la diversión. Los métodos cualitativos son muy prometedores para el examen de la complejidad del juego dentro de ambientes naturales.

El juego como tratamiento

El juego, especialmente en los niños pequeños es una parte automática e integral de su existencia. Todos los niños se comprometen con alguna forma de juego y es a través del mismo como desarrollan su comprensión del mundo y la competencia en la interacción con este. El juego es un medio importante de tratamiento en terapia ocupacional pediátrica por su importancia para el niño. Las actividades lúdicas se utilizan de dos modos: como método de tratamiento (juego) y como modalidad de tratamiento (actividades lúdicas).

La utilización del juego como método de tratamiento se ha descrito dentro de los marcos de referencia del comportamiento ocupacional e integración sensorial. En el comportamiento ocupacional Reilly y sus estudiantes (1974) primero estudiaron el juego sistemáticamente y luego los efectos de! Tratamiento lúdico en el desarrollo del comportamiento competente. Reilly describió el juego como la ocupación del niño y expresó el comportamiento ocupacional como el conjunto de! juego y el trabajo. Definió el juego como un sistema multidimensional para la adaptación al ambiente y pensó que el impulso exploratorio de la curiosidad subyace al comportamiento lúdico. Este impulso tiene tres estadios jerárquicos: la exploración, la competencia y el logro. El comportamiento exploratorio es el que más se observa en la niñez temprana y está

dirigido por la motivación intrínseca. El comportamiento de competencia está dirigido por efecto de la motivación y se caracteriza por la experimentación y la práctica para lograr el dominio. El tercer estadio, el logro, se relaciona con los objetivos esperados y está dirigido por un deseo de lograr la excelencia. Utilizando el marco de referencia del comportamiento ocupacional, una meta del tratamiento debería ser el desarrollo del comportamiento lúdico per se y el desarrollo de aquellos elementos de diversión que dirigen la interacción competente con el mundo a través del juego.

El juego se valora también como el medio a través del cual se desarrolla la integración sensorial (Ayres, 1972, 1979). Las experiencias lúdicas satisfactorias dependen de respuestas adaptativas adecuadas a las demandas ambientales que a su vez dependen de una adecuada integración sensorial. En terapia, el terapeuta dispone y manipula el ambiente (ámbito, objetos, personas) de modo que el niño pueda elegir entre las actividades que potencialmente suponen un desafío que es "el más apropiado" (Lindquist, Mack, & Prham, 1982). Durante el tratamiento el terapeuta constantemente adapta el ambiente, al niño o la actividad para conseguir una adaptación satisfactoria. Una excelente descripción del rol del juego dentro del marco de referencia de integración sensorial fue proporcionada por Bundy (1991):

El juego es un poderoso instrumento para el tratamiento. muchos individuos, el más importante subproducto de terapia ocupacional puede ser mejorar la habilidad para jugar. Si se planifica y lleva a cabo cuidadosamente, la terapia que utiliza los principios de la integración sensorial puede ser muy útil para facilitar el desarrollo del juego. Del mismo modo, el juego como parte de un buen plan terapéutico, puede originar una

mejoría de la integración sensorial, (p. 67).

Mack, Lindquist y Parham (1982) sintetizaron los factores comunes del juego desde los puntos de vista del comportamiento ocupacional y la integración sensorial que se relacionan con la utilización del juego en el tratamiento y al resultado deseado:

En la práctica ambos enfoques consideran al terapeuta responsable de estructurar el comportamiento adaptativo del niño. Así la potencia de la influencia ambiental en el desarrollo es confirmada por ambos. Pero ninguna perspectiva hace depender a la terapia solamente de la manipulación ambiental. La participación activa e iniciativa del niño son básicas para el proceso terapéutico. Desde ambas perspectivas, la motivación intrínseca o la auto dirección del niño es la guía fundamental de la terapia, la importancia radica en el impulso interno del niño hacia el dominio.

El juego, luego, es el proceso por medio del cual se logran las metas terapéuticas. La meta final de la terapia -la competencia en las actividades de la vida diaria- también es compartida por ambas perspectivas.

¿Qué diferencia hay entre el juego libre y el juego terapéutico? Como se describió antes, el juego libre es motivado intrínsecamente, es divertido y se realiza por su propia búsqueda más que con un propósito. En terapia, las metas y objetivos son establecidas por el terapeuta. Rast (1986) describió esta aparente dicotomía y cómo el juego sirve como el ámbito dentro del cual pueden lograrse las metas de la terapia:

El juego ofrece un vehículo práctico para atraer la atención del niño, practicar destrezas motoras y funcionales específicas y promover el procesamiento sensorial, las habilidades perceptuales y el desarrollo cognitivo. También sirve para potenciar el

desarrollo social, emocional y del lenguaje. En el ámbito terapéutico, el juego muchas veces se transforma en un instrumento utilizado para trabajar hacia una meta; a pesar de estar orientado hacia la misma, los aspectos controlados externamente de la situación terapéutica están en conflicto con la esencia del juego mismo. (p. 30)

Para que el juego se utilice con éxito en el tratamiento, el niño deberá sentirse responsable de elegir o dirigir el juego. Esto es particularmente importante cuando la meta es incrementar la competencia en el desarrollo del juego. La investigación ha demostrado que cuando se colocan límites externos en el juego, éste se percibe como trabajo sin que a la larga contenga elementos de diversión (Mogford, 1977, Wade, 1985, Rast, 1986).

Existen muchas instancias en las cuales el terapeuta necesita ser más directivo, como con un niño que tiene problemas graves de auto-iniciación de la actividad, cuando necesita enseñarse una destreza específica o cuando una meta específica (como incrementar el arco de movimiento) necesita satisfacerse. Aquí, las actividades lúdicas pueden utilizarse en un sentido más estructurado o definido. Por ejemplo, el juego preferido del niño puede ser adaptado de manera tal que mejore el arco de movimiento o incremente la fuerza del niño. El conflicto puede originarse cuando las metas o técnicas de la terapia requieren enfoques más estructurados o de mayor contacto manual y generalmente requieren destrezas e imaginación por parte del terapeuta para que los enfoques se desarrollen creativamente. Anderson, Hinojosa y Strauch (1987) proporcionaron sugerencias útiles para incorporar el juego dentro de los enfoques de tratamiento neurofisiológicos.

La adaptación de los juguetes y el equipamiento lúdico son también un rol importante del terapeuta ocupacional, especialmente para aquellos niños gravemente afectados. El terapeuta debe conocer las propiedades de los juguetes y cómo adaptarlos apropiadamente. Los interruptores, tableros adaptados o adaptaciones para las deficiencias sensoriales pueden ser necesarias para que el niño se beneficie y sea más independiente en el juego.

Trabajar con los padres en relación al juego es vitalmente importante. Los padres de niños discapacitados muchas veces están interesados en las discapacidades de sus hijos y consideran sus roles como sustitutos de los terapeutas y tratan de estructurar la terapia dentro de cada aspecto del día del niño. Mogford (1977) presentó una amplia revisión de las características del juego de diferentes grupos de discapacitados. Particularmente discutió estudios sobre las percepciones y sentimientos de los padres hacia el juego. Mogford citó un estudio de Shere y Kastenbaum, que presentaba a padres que tenían una preocupación con el progreso físico y el desarrollo del lenguaje de sus hijos pero fracasaban en apreciar sus necesidades para el juego y en la exploración de sus propiedades o sus propios roles en la estimulación del juego. Missiuna and Pollack (1991) discutieron la deprivación lúdica en los niños con discapacidades físicas. Describieron cuatro barreras para el juego libre: limitaciones impuestas por los cuidadores, limitaciones personales y físicas del niño, barreras ambientales y barreras sociales. Los autores proponen sugerencias para la intervención y el apoyo del juego libre, consulta con los padres, consulta con los maestros y cuidadores y recomendaciones acerca de los juguetes.

En resumen, la evaluación del comportamiento lúdico en los niños y la utilización del juego en el tratamiento es de gran importancia para los terapeutas ocupacionales. El desafío de lograr las metas terapéuticas y la utilización del juego puede ser gratificante para el niño y el terapeuta.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 CONTEXTO METODOLOGICO

Durante el proceso de ejecución del proyecto de Tesis, las estrategias que se utilizaron son los que derivan de la aplicación del marco lógico y son:

- a. Participación y motivación del personal del servicio de Pediatría, gestionar la adquisición del espacio físico para crear la ludoteca hospitalaria.
- b. Implementación de la ludoteca hospitalaria en el servicio de pediatría.
- c. Capacitación al cliente interno y externo del servicio de Pediatría en lo referente a ludoteca y ludoterapia.
- d. Formación del equipo multidisciplinario responsables del funcionamiento de la ludoteca.
- e. Compromiso del equipo a autoridades del servicio de pediatría, para sostenibilidad del proyecto.

8.2 INVOLUCRADOS DIRECTOS E INDIRECTOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS:

- a) El Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato.
- b) El servicio de Pediatría del “Hospital Provincial Docente Ambato”.
- c) Los pacientes hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS:

- a) Familiares y acompañantes de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato”.

8.3 POSIBLES LIMITACIONES.

Las posibles limitaciones pueden ser variadas, y derivar tanto de los beneficiarios directos, como ,los indirectos y así tenemos:

- a) Escaso apoyo y motivación del personal del servicio de Pediatría y, psicología del Hospital Provincial Docente Ambato.
- b) Poco entusiasmo de los pacientes por asistir a la ludoteca y a participar de la ludoterapia.
- c) Poco interés de los padres y los acompañantes de los niños para fomentar su participación en la ludoterapia.

8.4. PROYECCIÓN DE LA PROPUESTA.

De acuerdo a las expectativas planteadas, tanto en el Fin Central y el Propósito del Proyectos, la propuesta de acción se orienta a promover la recuperación física y emocional de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría con atención de calidad y calidez optimizando el tiempo de estadía en actividades lúdicas, de ahí los resultados que se obtengan y el impacto en el cliente interno, pretende la propuesta que se mantenga el programa en beneficio de los niños hospitalizados y el fomento de atención de calidad con calidez.

Por tratarse de un proyecto de acción o desarrollo, es el Marco lógico con todas sus herramientas (Matriz de Involucrados, Arbol de problemas, Arbol de objetivos, Arbol de alternativas) el que nos permite diseñar, ejecutar y evaluar el mismo.

Iniciaremos entonces, haciendo una descripción del proceso utilizado para definir el problema central considerando como una necesidad de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

Diagnóstico

Para este fin, no reunimos las dos maestrantes para examinar en que campo intervendríamos por nuestra experiencia previa como enfermeras profesionales, en el servicio de pediatría y conocedoras de la existencia del cuarto de juegos el mismo que venía siendo utilizado como bodega y sala de reuniones, decidimos darle el uso real para el que fue destinado en un inicio y de ahí la decisión de la “creación de la ludoteca Hospitalaria”

Posteriormente se mantuvo conversaciones con los líderes del servicio de pediatría y Psicología de la Institución dando a conocer el Proyecto y solicitando su apoyo para lograr sostenibilidad del proyecto.

A continuación se pasa a describir cada una de las herramientas constitutivas del Diseño Metodológico, en proyectos de acción basado en el Marco Lógico

A. Matriz de Involucrados

Constituye un instrumento a través del cual se procede al análisis de intereses variantes y a veces conflictos de los grupo de beneficiarios, sean éstos directos o indirectos; contempla los siguientes aspectos: Grupos y/o instituciones, intereses, Recursos y Problemas percibidos.

B: Árbol de problemas

Un problema no es la inexistencia de una solución, sino la evidencia de una situación negativa, por tanto el árbol de problemas es una técnica para analizar la situación problemática, la misma que permite identificar los problemas prioritarios y establecer las relaciones de causa-efecto.

C: Árbol de Objetivos

Esta herramienta deriva del Árbol de problemas y consiste en establecer, las metas que el proyecto pretende conseguir, en cantidad, calidad y tiempo; siempre se expresa en porcentajes.

D: Árbol de Alternativas

Es el resumen de las estrategias que el proyecto ha de aplicar, para lograr los objetivos, general y específico planteados.

E. Matriz de Marco Lógico

En el proceso de planificación realizado en base al Marco Lógico, se integran dos tipos de análisis:

- 1) De carácter global, realizado por la comunidad, para la profundización del análisis y la búsqueda de respuestas desde su perspectiva.
- 2) De carácter específico, efectuado por expertos, orientados a profundizar aspectos particulares.

Se trata de una herramienta metodológica que sirve de base para la formulación de proyectos de desarrollo, de carácter participativo; utiliza un enfoque integral de la realidad e integra los componentes estratégicos de la planificación, incorporando el conocimiento de las ciencias sociales y las necesidades de los actores que intervienen en el proceso; surge en 1979, ante la necesidad de dar coherencia a la formulación de proyectos sociales, por una agencia consultora de Estados Unidos, la Practical Concepts LTD, y luego fue acogido por organismos multilaterales (BID, ONU, BM)

Ha servido de base para adaptaciones metodológicas de diseño y desarrollo de proyectos participativos, adoptando distintos nombres, como ZOPP en Alemania, siendo aprobado y difundido por la GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) un organismo de cooperación técnica del gobierno alemán.

Utilizando la matriz como guía, se identifican los objetivos principales del proyecto, los que se clasifican en Meta, Propósito y Resultados esperados; para lograrlos, es necesario especificar las actividades y sus recursos asociados, así como los Indicadores, las

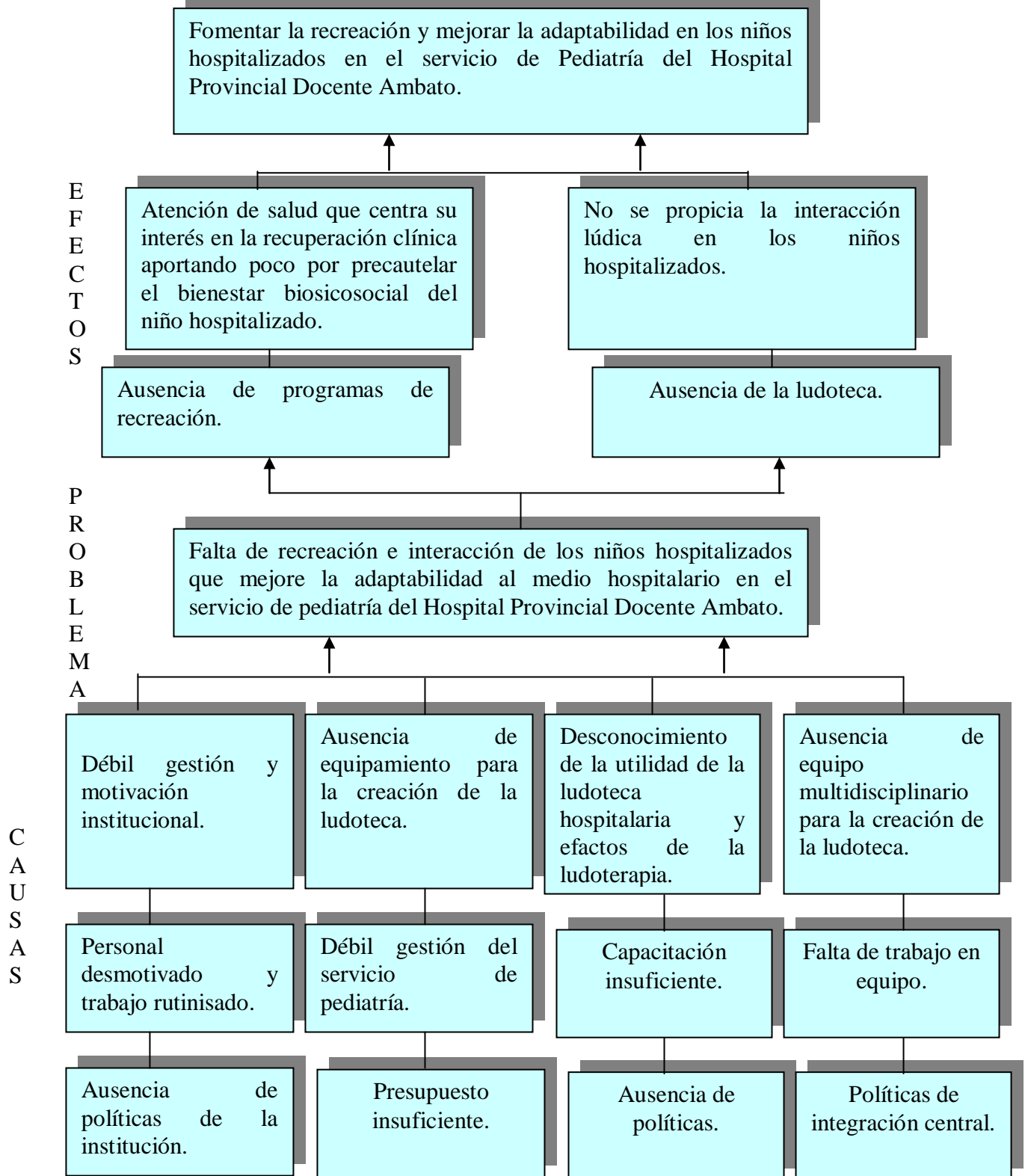
Fuentes de Verificación y los Supuestos; la aplicación del proyecto, constituyen elementos clave para el éxito del mismo.

En resumen, la utilización del Marco Lógico y sus elementos constitutivos, en la gestión de proyectos sociales participativos, fortalece las tres fases principales de esto, es decir, el Diseño, La Ejecución y la Evaluación y en consecuencia los resultados son mejores y el impacto es mayor.

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

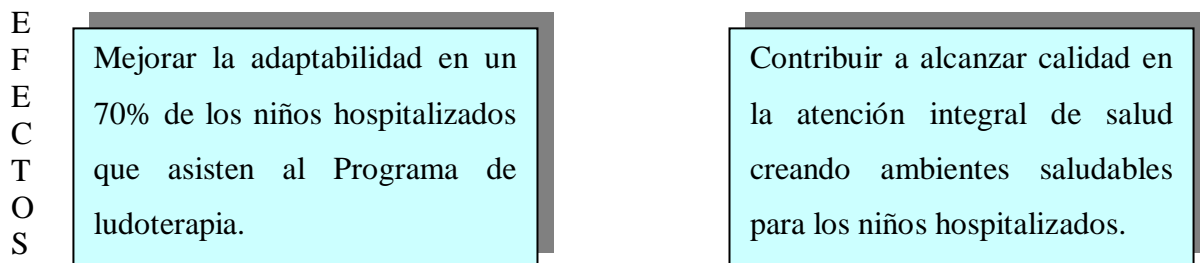
Grupo y/o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas Percibidos
Servicio de Pediatría	Disponer de un espacio Físico de recreación y aprendizaje	Humanos Materiales	Poco gestión
Autoridades de la Institución	Apoyo a Fin de Fomentar calidad y calidez en la atención	Apoyo Logístico Apoyo Financiero	Falta de políticas de promoción y fomento para atención de calidad con calidez
Personal que labora en el servicio de pediatría	Recreación de los niños hospitalizados	Recurso Humano	Para colaboración Poco conocimiento sobre ludoteca y ludoterapia
ONGS	Ayuda con fines sociales	Humano Material Financiero	Poca o ninguna colaboración acorde a sus intereses
Pacientes Hospitalizados	Recreación	Humano	Demostración Poca participación en el Programa de Ludoterapia Descersión del programa
Padres de Familia y/o acompañantes	Recreación del paciente	Humano	Rechazo o poco interés por participar en el programa
Escuela de Psicología Programa interno rotativo Universidad Cristiana Latinoamericana.	Ejecutar el programa Ludoteca Aplicación de sus conocimientos	Humano Técnica	Recurso Humano Fluctuante
Maestranter	Instaurar la gestión de políticas efectivas que favorezcan la promoción de programas que procuren atención de salud con calidad y calidez	Humano Material Logístico Financiero	Poca implementación de acciones efectivas que busquen la adaptabilidad del paciente pediátrico el médico hospitalario.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

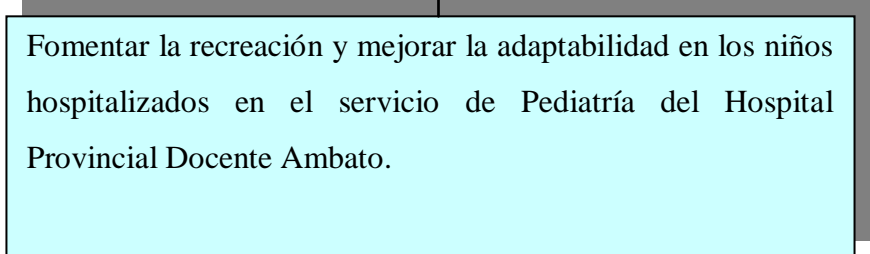


ÁRBOL DE OBJETIVOS

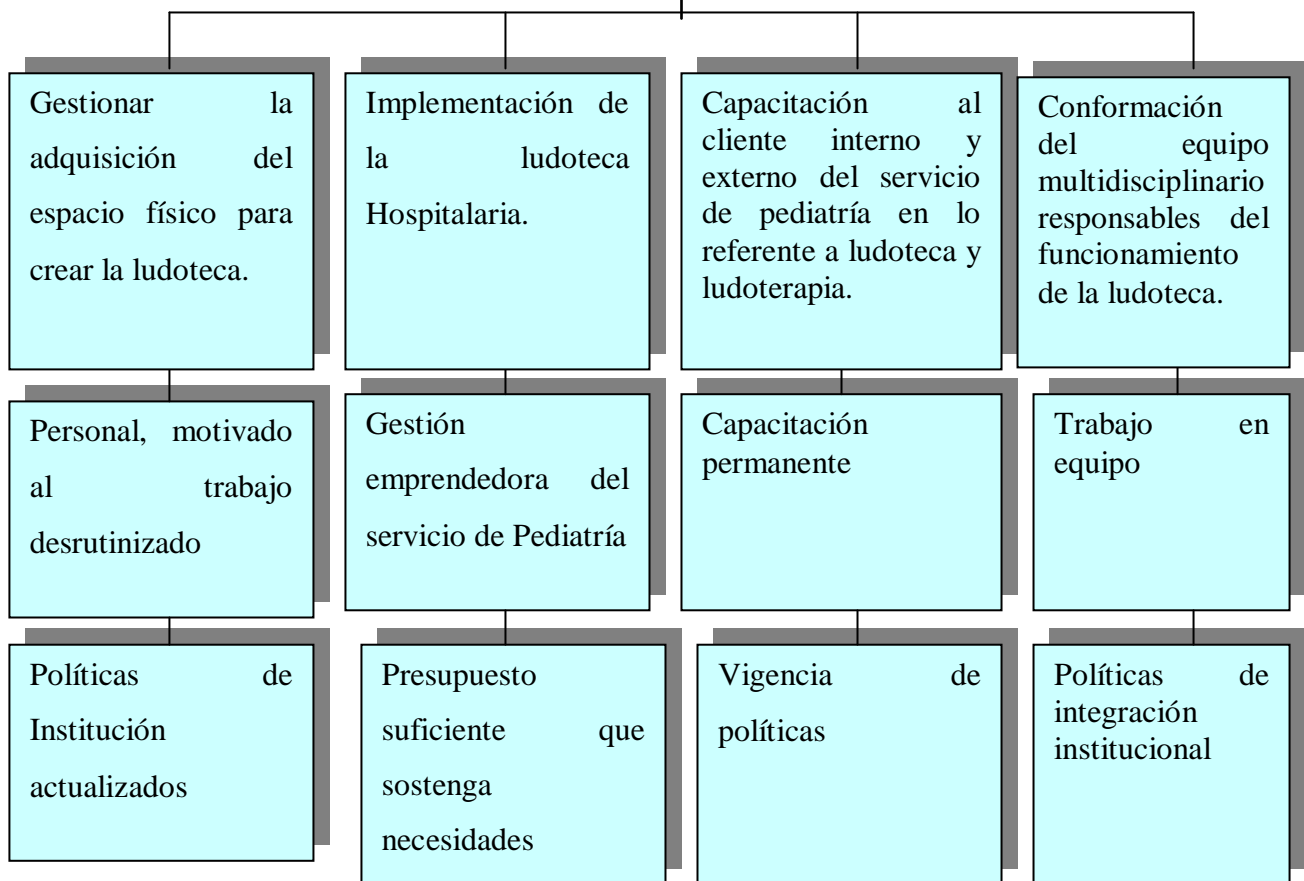
INDICADORES DE EFECTOS



OBJETIVO

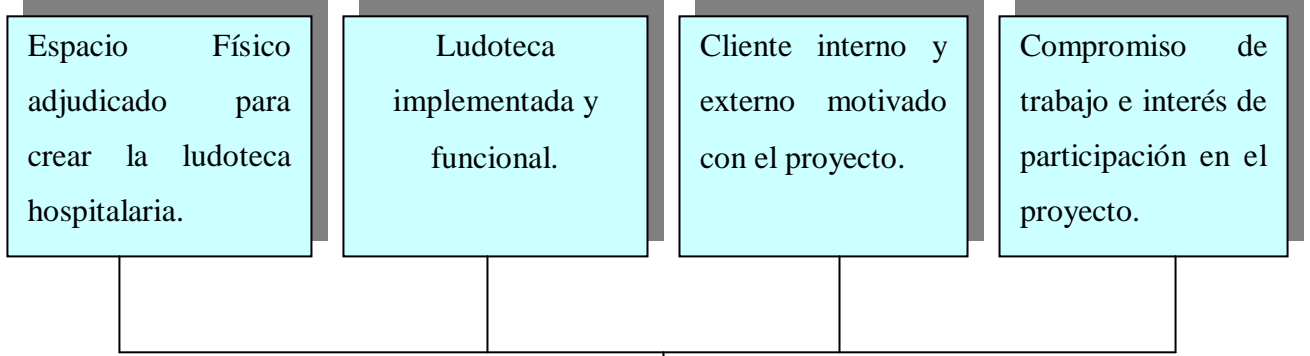


ESTRATEGIAS



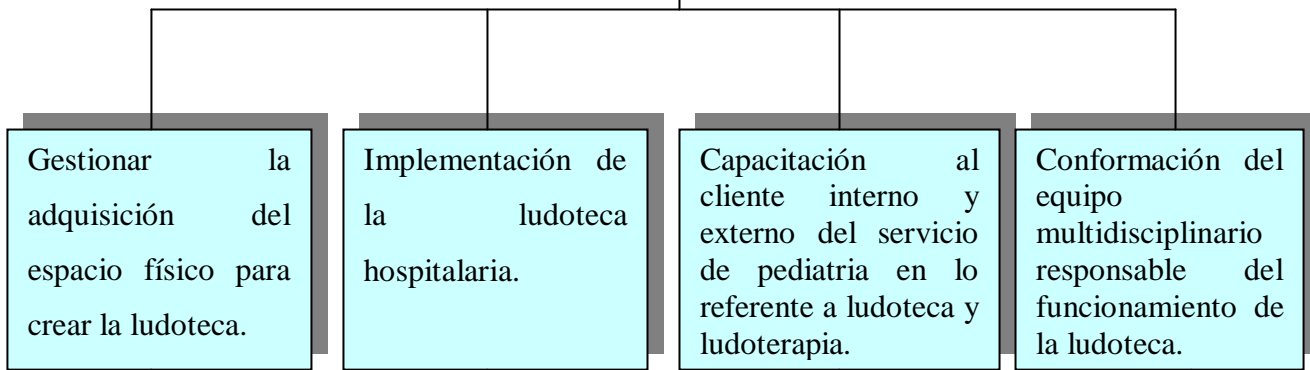
ÁRBOL DE ALTERNATIVAS

E
F
E
C
T
O
S

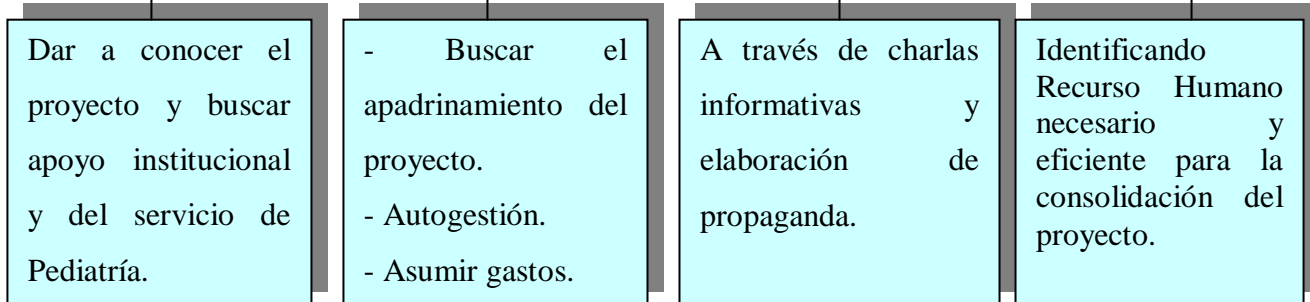


Fomentar la recreación y mejorar la adaptabilidad en los niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

A
L
T
E
R
N
A
T
I
V
A
S



C
A
M
B
I
O



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

FIN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Contribuir a reforzar la recuperación física y emocional de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría con atención de calidad y calidez optimizando el tiempo de estadía en actividades lúdico productivas.	Participación del 80% de niños en el proyecto.	Registro de asistencia. Registro de participación Fotografías. Registro en Historias Clínicas.	Desmotivación de los niños, familiares o equipo multidisciplinario.
PROPÓSITO			
Fomentar la recreación y mejorar la adaptabilidad en los niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.	El 70% de los niños que asisten al programa de ludoterapia logran mejorar la adaptabilidad al medio hospitalario a través de la recreación.	Resultado de Entrevistas Observación directa Buzón de sugerencias.	Programa de ludoterapia es acogido favorablemente por clientes internos y externos.

RESULTADOS O PRODUCTOS			
1.- Gestionar la adquisición del espacio física para crear la ludoteca hospitalaria.	Autorización para el uso de espacio físico.	Autorización por escrito.	Espacio Físico responde a necesidades del proyecto.
2.- Implementación de la ludoteca hospitalaria en el servicio de Pediatría.	Ludoteca implementada en el 100%.	Inventario. Fotografías. Acta de entrega – recepción de existencias.	Implementación no alcanza lo programado.
3.- Capacitación al cliente interno y externo del servicio de Pediatría en lo referente a ludoteca y ludoterapia.	Se capacita al 80% de clientes internos y externos.	Registro de asistencia.	Clientes internos y externos capacitados y dispuestos a colaborar.
Conformación del equipo multidisciplinario responsables del funcionamiento de la ludoteca.	Participación del equipo multidisciplinario.	Nómina de integrantes. Acta de Compromiso.	Riesgo de deserción de sus miembros.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA															
		ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.1. Reunión con autoridades de la institución y servicio de Pediatría para dar a conocer el proyecto.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema				X	X											
1.2. Solicitar el espacio físico para la creación de la Ludoteca.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema				X												
1.3. Reconocimiento del área física y plantear la readecuación Pintura Mano de obra.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema						X										
2.1. Gestionar con autoridades de la institución de apoyo financiero para la ejecución del proyecto.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema						X										
2.2. Conseguir el apoyo de ONG'S, personas particulares, empresas privadas, solicitando apoyo en el financiamiento.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema							X	X								
2.3. Asumir la implementación total o parcial de la ludoteca. Material: juguetes, muñecos	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema										X						X
2.4. Material Escritorio, Material Didáctico; Construcción, Piso, Perchas, Vitrinas	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema											X	X		X	X	
3.1 Organizar reunión con el cliente interno para dar a conocer el proyecto y su participación en el mismo.	Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema											X					
3.2. Coordinar con el tutor del Internado Rotativo de Psicología cuales serán sus acciones en el proyecto.	Dr. Gonzalo Núñez Internos Rotativos de Psicología HPDA. Lic. Myriam Arboleda Lic. Flor Lema							X					X				X

8.5. PROPUESTA DE SOLUCION

8.5.1 DATOS DE IDENTIFICACION

Título del Proyecto

“Creación de la Ludoteca Hospitalaria en el Departamento de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato 2006”

Institución Ejecutora

Hospital Provincial Docente Ambato

Clasificación del proyecto

Propuesta de acción y desarrollo

Localización geográfica

Provincia Tungurahua

Cantón Ambato

Parroquia La Merced

Autoras del Proyecto

Lic. Miriam Arboleda

Lic. Flor Lema

8.5.2 JUSTIFICACIÓN

Siendo parte del equipo multidisciplinario de salud del H.P.D.A. y procurando fortalecer el proceso de atención de salud con calidez y calidad, hemos resuelto crear la ludoteca del servicio de Pediatría con el fin de garantizar una atención integral al

paciente pediátrico y mejorar su adaptación intrahospitalaria a través de la recreación y el aprendizaje básico.

La creación de la ludoteca en el servicio de Pediatría del H.P.D.A. constituye un área recreacional y de aprendizaje básico indispensable en el medio hospitalario ya que permite la animación socio cultural en los niños hospitalizados siendo esto una vía de inserción y adaptabilidad al entorno de las casas asistenciales de salud.

La interacción de padres e hijos en el desarrollo de la ludoterapia promueve un vínculo afectivo estrecho durante la hospitalización y crea hábitos saludables en la estructura y unión familiar.

8.5.3 OBJETIVO GENERAL

Disponer de un espacio físico de recreación y aprendizaje con una intención educativa intra hospitalaria en el servicio de Pediatría del HPDA año 2006.

8.5.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Gestionar la adquisición del espacio físico por la creación de la ludoteca.
- Conseguir el apoyo y compromiso del equipo multidisciplinario de salud para la realización de ludoterapia en el servicio de pediatría.
- Implementar la ludoteca en el servicio de Pediatría del HPDA.
- Mejorar la adaptabilidad y contribuir al proceso de aprendizaje a través de la recreación en los niños hospitalizados.

8.6 DISEÑO DE LA PROPUESTA

La Hospitalización para los pacientes infante – adolescentes, por corta que ésta sea, causa diferentes efectos en el aspecto psicológico emocional y familiar, el tiempo de estadía es variado, sin embargo, es un tiempo muerto en cuanto a favorecer lo que realmente los hace niños (juego, sonrisas, emociones) es por ello que se plantea la iniciativa de crear la ludoteca hospitalaria, lugar en donde el niño hospitalizado tendrá un espacio de acuerdo a sus prioridades, necesidades, en donde podrá distraerse, y cambiar el ambiente, dar un espacio de relax a sus padres y familiares. Con la participación de los niños en el programa de ludoterapia se consiguen adelantos importantes en el proceso de adaptación al medio hospitalario ya que el fomento de la atención e salud con calidez refleja el interés del servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato por el bienestar biosocial del niño enfermo.

Objetivos

- Fomentar la recreación y mejorar la adaptabilidad en los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Mejorar la adaptabilidad en un 70% de los niños hospitalizados que asisten al Programa de Ludoterapia.
- Contribuir a alcanzar calidad en la atención integral de salud creando ambientes saludables para los niños hospitalizados.

Estrategias para el cambio

- Gestionar la adquisición del espacio físico para crear la ludoteca.
- Implementación de la ludoteca.
- Capacitación al equipo multidisciplinario de salud del servicio de pediatría y el usuario.
- Conformación del equipo multidisciplinario de salud responsable del funcionamiento de la ludoteca.

Una vez determinado el problema, objetivos y estrategias requeridas para alcanzar el propósito del Proyecto se planificaron las siguientes actividades.

Actividad del Proyecto 1

- Creación de la ludoteca y ludoterapia en el departamento de Pediatría HPDA.
- Reunión de socialización del proyecto.
- Propósito.- Dar a conocer el proyecto y sus beneficios para la institución servicio y pacientes, y hacer un compromiso de ayuda para la ejecución de las diferentes actividades del proyecto.
- Justificación.- Se convoca a la socialización con el objeto de explicar a los participantes presentes el porque del proyecto de acción ya que se plantea como un vehículo de remuneración del juego en el interior de la familia como en puntos hospitalizados y contribuir a la recuperación tanto física como psicológica mediante la recreación, libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano.
- Metodología Se utilizara metodología Participativo. Comunicación para los participantes y se explicará los objetivos, las actividades que se realizará y nuestra propuesta de solución y los beneficios para el servicio pediatría del HPDA
- Fecha
- Hora 8 am 30
- Lugar Sala de juegos del departamento Pediátrico
- Participantes Todo el personal del departamento pediátrico
 - Dr. Altamirano Rosa
 - Dr. Hernán Calvopiña
 - Dr. William Morales
 - Dr. Edwin Loza

- Dr. Hernán Núñez

- Lic Elizabeth Buenaño Líder del Departamento Pediátrico

Agenda.

- Palabras de la Lic. Elizabeth Buenaño jefe del Servicio de Pediatría.
- Palabras de los estudiantes de la Maestría
- Desarrollo
- Siendo las 8:30 del día viernes

El día que se reúnen todos los meses 1 día al mes

- Se da inicio a la socialización del proyecto
1. Presentación de los objetivos, propósito y el proyecto de la creación de la ludoteca, en diseño y la ejecución de las actividades que se propone, las metas y la capacitación que se dará a los pacientes y personal del servicio de Pediatría.
 2. Los maestrantes concientes del compromiso que tiene con el hospital ya que no hay proyectos de esta naturaleza solicitan a los miembros del servicio de Pediatría que nos colaboren y comprometan con la ejecución y las actividades propuestas.
 3. La Dra Rosa Altamirano agradece a los asistentes por la asistencia y a la vez felicita a los maestrantes por haber tomado cuenta el servicio para realizar estos tipos de proyectos ya que en la institución no hay proyectos sociales que permitan intervenir sobre los problemas que aquejan a los usuarios hospitalizados, ya que esta la salud desprotegida y descuidada por los gobernantes.

Actividad del Proyecto 2

- Gestionar. La adquisición del espacio físico para la creación de la ludoteca
- Propósito Dar a conocer o disponer de un espacio físico de recreación y aprendizaje con intención educativa intra hospitalarios en el servicio Pediátrico.
- Justificación: Una de las tareas que enfrentamos es la creación de una conciencia social que recupere y rescate el juego, las tradiciones, la cultura y la actividad creadora de los niños y niñas, por lo que se propone alternativas dinámicas, lúdicas, artísticas y de recreación.
- Metodología. Se utilizará la comunicación tanto escrita como oficios enviados para solicitar ayuda y colaboración con las diferentes instituciones.
- Participantes. Estudiantes de la maestría.
- Desarrollo. Se envió oficios a diferentes instituciones privadas y el mismo hospital para solicitar colaboración.

Se solicitó reunión con el director del Hospital para comunicar sobre el proyecto luego se reunió en el departamento de pediatría con la Dr. Jefe

Se comunica acerca de los objetivos y beneficios que tendrán los niños y niños hospitalizados sobre la creación de la ludoteca y ludoterapia ya que en el hospital no hay programas que estén dirigidos a los pacientes.

Por lo que solicitamos al servicio de pediatría para que se comprometan con el proyecto y especialmente con las actividades propuestas en las que requerimos la colaboración.

Actividad del Proyecto 3

Implementación de la Ludoteca en el Servicio de Pediatría

1. Propósito. Dejar en material necesario para los niños y niñas que sirva de actividad lúdica y ayudar al mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento.
 2. Justificación. Siendo parte del equipo de salud del servicio de Pediatría y concientes de garantizar una atención integral, al paciente infante adolescente, hemos resuelto implementar la ludoteca y contribuir a lograr una mayor y mejor adaptabilidad hospitalaria del paciente así como procurar su desarrollo cognoscitivo y psicomotor.
 3. Metodología Se utilizará metodología será participativa y democratización de las acciones y buscando la colaboración de las diferentes instituciones y el equipo multidisciplinario.
- Fecha. Durante los meses de Mayo, Junio, Julio del año 2006
Hora: Indispensablemente preferible en horas laborables
Lugar: Departamento de Pediatría de HPDA
 - Participantes: Los maestrantes y las diferentes instituciones que se les podía ayudar y autofinanciamiento
 - El Municipio de Ambato
 - Consejo Provincial
 - Guarderías y Jardines Particulares

- Insutec
- Automotores de la Sierra
- Ecuatran
- Voluntariado del HPDA
- El departamento Pediátrico HPDA

- Desarrollo. Se empezó enviando oficios a todas las instituciones de la ciudad

explicando el proyecto sus fines y metas. Además se escogió el material y gente necesaria de acuerdo con las sugerencias de los profesionales de Psicología.

Se adecuo el espacio físico según las recomendaciones de la escuela parvularia y psicología como el ambiente físico

Las maestranes concientes que para la completa implementación y ejecución de las actividades propuestas ya que es una proyección a largo plazo solicitamos al departamento de Pediatría y a los demás voluntariados y las escuelas de psicología y parvularios q que se empapen del proyecto para que den continuidad en las diferentes actividades propuestas.



Cuarto de juegos del servicio de Pediatría del Hospital Provincial .Docente Ambato



Cuarto de juegos del servicio de Pediatría del Hospital Provincial .Docente Ambato

Actividad del Proyecto 4

- Capacitación al servicio interno y externo del Departamento de Pediatría HPDA
- Propósito. Transmitir conocimientos de la ludoteca hospitalaria y sus efectos sobre los niños hospitalizados.
- Justificación. La creación de la ludoteca en el servicio de Pediatría constituye un área de recreación y de aprendizaje indispensable en el medio hospitalario ya que permite la animación socio cultural en los pacientes infanto adolescente siendo una vía de inserción de adaptabilidad en el entorno hospitalario por eso siendo parte de la salud
- Metodología. Expositiva y participativa Se utilizará las charlas educativas con apoyo de rotafolios y el infocus
- Participantes. Los estudiantes de la Universidad Cristiana Latino Americana y el Dr. Gonzalo Nuñez Psicólogo del HPDA y las estudiantes de la maestría.
- Desarrollo. Se empezó la capacitación los días viernes fines de mes desde mayo, junio, julio al personal que colabora en el servicio de pediatría y de las personas médicos al cuidado de los niños, se dictó las charlas los días lunes y viernes de la semana ya que hay mucha afluencia de visitantes en las horas 13-14 horas.

8.7 PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACION

Fuente	Recursos Necesarios	Unidad que se requiere	Costo unitario \$	Costo Total \$
Auto financiamiento	Pinturas	1 galón	24	24
	Vitrinas	4	Donación	
	Estantería	3	100	300
	Sillas	30	2.50	100
	Mesa	4	7	28
	Escritorio	1	180	180
	Pizarra	1	8	8
	Estimulación			
	Muñecos mujer	3	5	15
	Muñecos hombres	3	5	15
	M. articulados	2	4	8
	M. que represente una familia	10	13	130
	Pelotas	10	0.50	5
	Rodilla para estimulación	6	1.50	4.50
	Rositas	3	0.60	1.80
	Plastilina	10	0.50	5
	Para agilidad Mental			
	Diferentes texturas			

	Vía ula	4	1	4
	Soga 1 metro	4	3	12
	Cuentos	12	2.50	30
	Juegos didácticos	10	7	70
	Rompe cabezas	12	3	36
	Estimulación sensorial			
	Objetos con muchos colores	12	6	72
	Olores	5	7.50	40
	Sonidos	6	2	12
	Textura	6	8	50
	Escarchas	4 fundas		3
	Arenero pequeño	2	4	8
	Objetos para esquema corporal			
	Cubos didácticos	12		20
	Números	12		10
	Colchonetas	2		60
	Pelotas grandes	6		12
TOTAL				1.292

8.8 EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

8.8.1 Socialización de la Propuesta

La implementación de cambios de cualquier propuesta para mejorar los servicios de salud en el Hospital Provincial Docente Ambato casi siempre generan resistencia especialmente en los involucrados directos por considerar que se añaden responsabilidades a su cargo y sin percibir mejores económicos ni incentivos, en el caso de nuestro proyecto de acción encaminado a crear la ludoteca hospitalaria hemos conseguido el apoyo y aceptación del servicio de pediatría, más en la Institución no, por cuanto no se contempla el presupuesto para estos fines.

Con tales antecedentes, se planificó la reunión para dar a conocer el proyecto, a los líderes del servicio de pediatría el 28 de Abril del 2006, contando con la presencia de la Dra. Rosa Altamirano Jefe de la Planta Médica del servicio de pediatría y la Licenciada Elizabeth Buenazo líder del Departamento de Enfermería del servicio, quienes aceptaron gustosas la ejecución del Proyecto. El 3 de Mayo del 2006 se dio a conocer el Proyecto al Director de la Institución.

Posteriormente el 23 de Junio del 2006 se procedió a la socialización del proyecto en el servicio de pediatría contando con la presencia de Médicos Tratantes , Residentes, Licenciadas en Enfermería, Internos Rotativos de Medicina, Enfermería, Psicología, Auxiliares de Enfermería y Personal de Servicios Administrativos. Se logró la participación activa de los involucrados y el compromiso de contribuir en el sostenimiento del proyecto.

Los Maestros, agradecemos a todos los participantes a nombre propio y de la Universidad Técnica Particular de Loja ya que sin el involucramiento de las partes no sería posible se cristalice el proyecto.

8.8.2 Difusión de la Propuesta

Una vez conseguido el apoyo de las partes involucradas se procedió comprometer a los líderes del servicio de pediatría y departamento de Psicología, a continuar con la propuesta planteada la difusión del proyecto y sus actividades a través de:

- a) Colocación de información sobre ludoteca y ludoterapia en sitios estratégicos para conocimiento de todos.
- b) Colocación e invitación a las charlas educativas sobre ludoteca ludoterapia y sus beneficios a los usuarios del servicio de pediatría.
- c) Invitación a la participación activa del voluntariado hospitalario en la ejecución del proyecto.
- d) Invitación a la participación en la ejecución del proyecto a las Reinas y Autoridades Locales.

8.9 Monitoreo de la Propuesta

Se realizó el monitoreo a través de la implementación de la propuesta, para verificar el cumplimiento de lo ejecutado que se planifica en la matriz del marco lógico.

1. A través de oficios enviados se concreta la adquisición del espacio físico y mediante informes se verifica las diferentes actividades en la implantación de la ludoteca
2. Mediante informes e inventarios de adquisición se va monitoreando la implementación de los materiales y juguetes que se utilizará para la ludoterapia
3. La capacitación se monitorea a través de las hojas de asistencia a las charlas educativas que se dio para plasmar la ludoteca.
4. Se realizó una evaluación al usuario externo a través de preguntas y respuestas al final de las charlas para conocer el grado de conocimiento de la ludoterapia y ludoteca.
5. El presupuesto del proyecto se realizará a través de facturas que se compra se controla lo planificado al inicio de la ejecución del proyecto.

8.10 Indicadores de Evaluación.

Objetivo 1.- Disponer de un espacio físico de recreación y aprendizaje con una intención educativa intrahospitalaria en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

Resultado 1.- Espacio Físico conseguido y funcional.

LÍNEA DE BASE	PLAFINICADO	REALIZADO	RESUMEN
Falta de funcionamiento del salón de juegos del servicio de pediatría, asociado con ausencia del programa de ludoterapia.	Crear la ludoteca hospitalaria en el servicio de pediatría y ejecutar el programa de ludoterapia.	Apertura de ludoteca hospitalaria.	Espacio físico adecuado por los requerimientos de la ludoteca hospitalaria.

ACTIVIDADES RESULTADOS	OBJETIVOS PLANIFICADOS	OBJETIVOS REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
1.1 Gestionar la adquisición del espacio físico con los líderes del servicio de pediatría.	Crear la ludoteca hospitalaria.	Autorización para el uso del cuarto de juegos de pediatría.	Espacio físico a disposición del proyecto.					X	
1.2 Elaborar oficios a líderes del servicio de Pediatría.	Plasmar por escrito la solicitud del espacio.	Entregar oficios.	Se tiene la autorización por escrito.				X		
1.3 Reconocimiento del área física.	Observar la situación actual y emprender correctivos.	Visita al cuarto de juegos.	Área físicas funcional.			X			
1.4 Diseño del espacio físico para asegurar su funcionalidad.	Planear los cambios necesarios para la ludoteca hospitalaria.	Se estructuraran las modificaciones necesarias.	Diseño planeado.			X			

1. Planificación no realista

2. Capacidad técnica

3. Coordinación y relaciones

4. Participación

5. Interés personal

Objetivo 2.- Implementación de la ludoteca hospitalaria.

Resultado 2.- Ludoteca Hospitalaria Implementada.

LÍNEA DE BASE	PLAFINICADO	REALIZADO	RESUMEN
El cuarto de juegos existente en el servicio de pediatría requiere de la obtención de nuevos enseres de juego y optimización del espacio y recursos.	Implementar la ludoteca hospitalaria en sus necesidades esenciales para garantizar su funcionamiento.	Ludoteca implementada y funcional.	Ludoteca implementada por autogestión y participación de ONG'S.

ACTIVIDADES RESULTADOS	OBJETIVOS PLANIFICADOS	OBJETIVOS REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
2.1 Planeación de la implementación.	Concretar la implementación de la ludoteca hospitalaria.	Ludoteca implementada.	El 100% de necesidades esenciales.			X			
2.2 Visita a ludotecas hospitalarias.	Visita a ludoteca hospitalaria de Quito y Riobamba.	Reconocimiento de ludotecas hospitalarias.	Se verifica sus beneficios y funcionamiento.			X			
2.3 Envío de oficio a Director de gestión hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer el proyecto. - Solicitar apoyo institucional. - Solicitar que el apoyo de ONG'S sea hecho pedido por el hospital. 	No se acepta el pedido pero se nos permite autogestionar.	No hay apoyo institucional por resolución jurídica.			X			

2.4 Envío de oficios a Presidenta Patronato Provincial.	Solicitar apoyo financiero.	Se consigue la donación de juguetes.	La donación cubre las expectativas esperadas.			X			
2.5 Envío de oficio a Reina de Ambato.	Solicitar el apadrinamiento del proyecto.	Se entrega la solicitud.	No tiene acogida por la emergencia del volcán Tungurahua.			X			
2.6 Gestión en empresas privadas.	Solicitar apoyo económico o donaciones.	No se consigue apoyo.	Viaje de gerentes al mundial de Fútbol (Alemania).			X			
2.7 Gestión en guarderías.	Solicitar apoyo.	Se consigue material didáctico.	Voluntad e interés por los niños.			X			

1. Planificación no realista

2. Capacidad técnica

3. Coordinación y relaciones

4. Participación

5. Interés personal

Objetivo 3.- Capacitación al personal que labora en el servicio de pediatría en lo referente a ludoteca y ludoterapia.

Resultado 3.- Personal del servicio de pediatría capacitado, motivado y dispuesto a colaborar en el sostenimiento del proyecto

LÍNEA DE BASE	PLAFINICADO	REALIZADO	RESUMEN
Personal del servicio de pediatría con poco conocimiento sobre ludoteca, ludoterapia y su importancia para los niños hospitalizados	Planificar y ejecutar la capacitación al personal del servicio de pediatría a fin de mejorar sus conocimientos.	Capacitación realizada en el servicio de pediatría con el contenido planificado.	Buen nivel de organización y adecuada coordinación con el equipo multidisciplinario de salud.

ACTIVIDADES RESULTADOS	OBJETIVOS PLANIFICADOS	OBJETIVOS REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
3.1 Planificación del contenido para la capacitación.	Reunión de los maestrantes para la planificación.	2 reuniones realizadas.	Acciones compartidas.			X			
3.2 Organización con el servicio de psicología para coordinar la capacitación en el servicio de pediatría	Coordinar el contenido y la agenda para la capacitación	2 reuniones realizadas con el departamento de psicología	Intereses pasivos del servicio de psicología			X			
3.3 Organización con el servicio de pediatría para la capacitación	Coordinar acciones conjuntas para reunión	2 reuniones realizadas con líderes del servicio de pediatría	Involucramiento del servicio de pediatría			X			
3.4 Convocatoria al personal del servicio de pediatría	Realizar invitación a los miembros del servicio de pediatría	30 personas convocadas	Planificación adecuada de la convocatoria			X			
3.5 Capacitación ejecutada con el servicio de pediatría	Programar los recursos necesarios para la capacitación	Recursos humanos y materiales gestionados	Adecuada coordinación de las actividades propuestas.			X			

1. Planificación no realista

2. Capacidad técnica

3. Coordinación y relaciones

4. Participación

5. Interés personal

Objetivo 3.- Capacitación a los padres de familia y personal que quedan al cuidado de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría

Resultado 3.- Padres de Familia y personas que quedan al cuidado de los pacientes capacitados y motivados a participar en le programa de ludoterapia

LÍNEA DE BASE	PLAFINICADO	REALIZADO	RESUMEN
Padres de familia y personas que quedan al cuidado de los pacientes hospitalizados con poco conocimiento sobre ludoteca y ludoterapia	Planificar y ejecutar 3 capacitaciones sobre la importancia de la ludoteca y ludoterapia para niños	100% de capacitación ejecución y padres de familia y personas que quedan al cuidado de los pacientes instruidos.	Adecuado nivel de coordinación en las capacitaciones y favorable acogida de los capacitados.

ACTIVIDADES RESULTADOS	OBJETIVOS PLANIFICADOS	OBJETIVOS REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
3.1 Planificación del contenido y la agenda para la capacitación	Reunión de los maestrantes para diseñar actividades	2 reuniones realizadas	Actividades compartidas			X			
3.2. Coordinación con líder del departamento de pediatría para capacitación	Comunicación sobre capacitación	Coordinación adecuada	Involucramiento de líder del servicio de pediatría			X			
3.3 Convocatoria o invitación a los usuarios	Realizar invitaciones a los usuarios del servicio de pediatría	Usuarios del servicio de pediatría capacitados en 3 talleres	Planificación adecuada para las convocatorias			X			
3.4 Capacitación ejecutada en el servicio de pediatría	Programar las reuniones necesarias para la capacitación	Recursos humanos y materiales organizados.	Adecuada coordinación de las actividades propuestas			X			

1. Planificación no realista

2. Capacidad técnica

3. Coordinación y relaciones

4. Participación

5. Interés personal

Objetivo 4.- Conformación del equipo multidisciplinario de salud responsable del funcionamiento de la ludoteca

Resultado 4.- Equipo multidisciplinario de salud responsable de la ludoteca conformado

LINEA DE BASE	PLAFINICADO	REALIZADO	RESUMEN
Para garantizar el funcionamiento de la ludoteca Hospitalaria es necesario compartir responsabilidades con el personal que labora en el servicio de pediatría	Conformar el equipo multidisciplinario responsable del funcionamiento de la ludoteca hospitalaria	Equipo multidisciplinario de salud responsable de la ludoteca hospitalaria conformado	Involucramiento favorable por parte del equipo multidisciplinario de salud

ACTIVIDADES RESULTADOS	OBJETIVOS PLANIFICADOS	OBJETIVOS REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO E INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACION DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
4.1 Planificación de cómo quedará conformado el equipo multidisciplinario de salud	Logra la aceptación de los miembros del equipo multidisciplinario de salud	Se consigue el apoyo de líderes del servicio de pediatría Maestranter Dpto de psicología	Acciones coordinadas			X			
4.2 Invitación a los miembros el equipo responsable de la ludoteca hospitalaria para coordinar informar sobre responsabilidades	Conformar el comité responsable de la ludoteca	Comité responsable de la ludoteca conformado	Empoderamiento de los miembros del equipo multidisciplinario			X			
4.3 Reunión con integrantes del comité de funcionamiento de la ludoteca para plasmar firmas de responsabilidad	Elaborar el documento	Documento firmado	Adecuado involucramiento e interés para el proyecto			X			

1. Planificación no realista

2. Capacidad técnica

3. Coordinación y relaciones

4. Participación

5. Interés personal

9. RESULTADOS

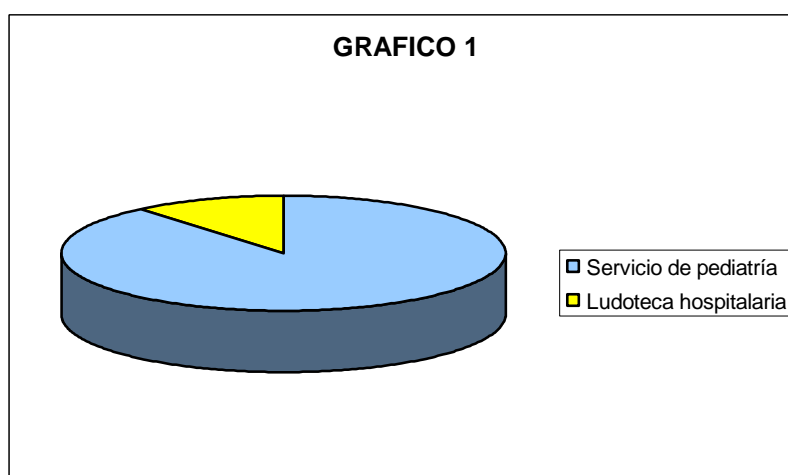
RESULTADO 1

Adquisición el espacio físico para crear la ludoteca hospitalaria en el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

AREA	SUPERFICIE (m)	PORCENTAJE
Servicio de pediatría	363	88.97%
Ludoteca hospitalaria	45	11.03%
TOTAL	408	100.00%

FUENTE: Planimetría Servicio de Pediatría H.P.D.A.

ELABORADO POR: Maestranes U.T.P.L.



ANALISIS

El servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato cuenta con una superficie de 408 mts (100%) de los cuales 45 mts han sido destinados al uso del proyecto “Creación de la ludoteca hospitalaria” de ellos 20 mts serán utilizados en el aula de recreación y 25 mts serán utilizados en el área de audiovisuales y para conferencias a los padres y/o familiares de los niños hospitalizados ahí que corresponde al 11.03%.

El área física destinado al uso de la ludoteca hospitalaria si bien no es lo requerido pero es suficiente para cubrir las necesidades básicas del juego y entretenimiento de los pacientes

RESULTADO 2

Implementación de la Ludoteca Hospitalaria del Servicio de pediatría

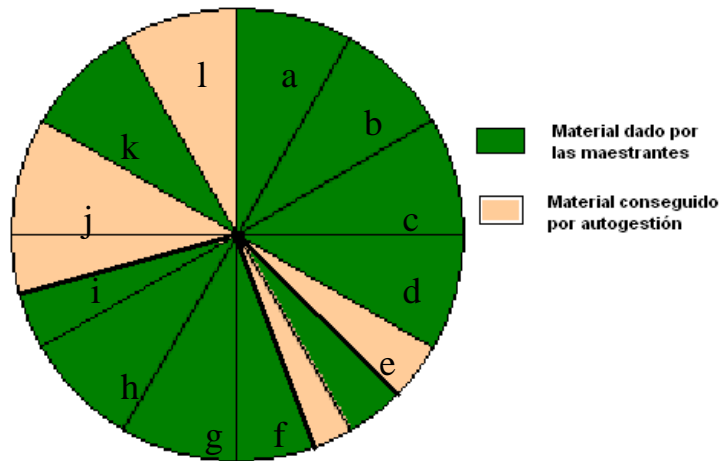
Tabla No. 2

RECURSOS MATERIALES EXISTENTES	CANTIDAD	RECURSOS MATERIALES IMPLEMENTADOS	CANTIDAD
Vitrinas de madera	2	a. Material para estimulación sensorial	
Estanterías metálicas	2	b. Material para estimulación temprana	
Escritorio metálico	1	c. Material para motricidad fina	
Cosas de madera	2	d. Material para motricidad gruesa	
Pizarra líquida	1	e. Material para lógica matemática	
Sillas plásticas pequeñas	22	f. Material para afectividad	
Sillas metálicas grandes	12	g. Material para expresar agresividad	
Mesas plásticas pequeñas	2	h. Material de escritorio	
Mesa multiusos	1	i. Material didáctico	
Cuadros decorativos con motivos infantiles	5	j. Colchoneta	
Pizarra de madera	1	k. Alfombra	
		l. Material lúdico (juguetes)	

FUENTE: Inventario de Ludoteca Hospitalaria (Anexo 2)

ELABORADO POR: Maestranes U.T.P.L.

GRAFICO2



El material existente en el servicio de Pediatría es de mucha utilidad para la creación de la ludoteca hospitalaria, mientras tanto los materiales implementados en su mayoría fueron gestionados y adquiridos por los maestrantes, mientras que la ayuda conseguida por ONG's y personas particulares fue poca pero útil.



Ludoteca del Servicio de Pediatría del Hospital Provincial .Docente Ambato



Implementación de la Ludoteca del Hospital Provincial .Docente Ambato



RESULTADO 3

Capacitación al personal de Salud que labora en el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

CONTENIDO	AISTENTES	N. REUNION	RESPONSABLES
Presentación del proyecto	Personal del	1	Maestranter
Programa de Ludoterapia	Servicio de Pediatría	1	U.T.P.L. Maestranter U.T.P.L.
	TOTAL	2	

FUENTE: Registro de asistencia a charlas educativas Proyecto creación de Ludoteca hospitalaria. (Anexo 3)

ELABORADO POR: Maestranter U.T.P.L.

ANALISIS

Fueron ejecutadas 2 reuniones de capacitación al personal de salud del servicio de pediatría abarcando lo referente a la presentación del proyecto de Ludoteca Hospitalaria y el desarrollo del Programa de Ludoterapia.

TABLA 4

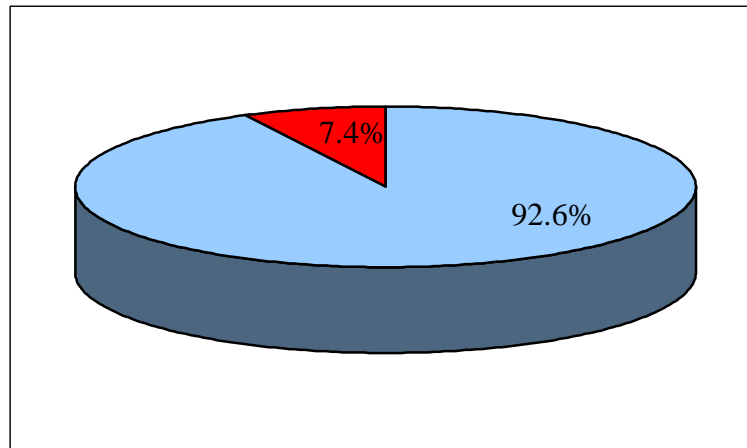
Conformación del Recurso Humano del Servicio de Pediatría y asistencia a capacitación.



Recurso Humano	No.	Asistencia a capacitación			
		Ludoteca hospitalaria Aistentes	% asistencia	Ludoterapia asistentes	% Asistencia
Médicos tratantes	4	4	100%	3	75%
Médicos residentes	3	3	100%	3	100%
Enfermeras profesionales	11	9	81.8%	10	90.9%
Auxiliares en enfermería	9	9	100%	9	100%
Auxiliar administrativo	1	1	100%	1	100%
Auxiliar dietético	1	-	-	-	-
Internos rotativos medicina	4	4	100%	4	100%
Internos rotativos enfermería	5	4	80%	5	100%
Internos rotativos de Psicología	4	2	50%	4	100%
TOTAL	42	38	92.6%	39	95%

FUENTE: Registro de asistencia a capacitación proyecto creación de Ludoteca Hospitalaria. (Anexo 3)

ELABORADO POR: Maestranteros U.T.P.L.

GRAFICO 3



-  Personal del servicio de Pediatría capacitado en lo referente al proyecto "Creación de la Ludoteca Hospitalaria"
-  Personal no capacitado

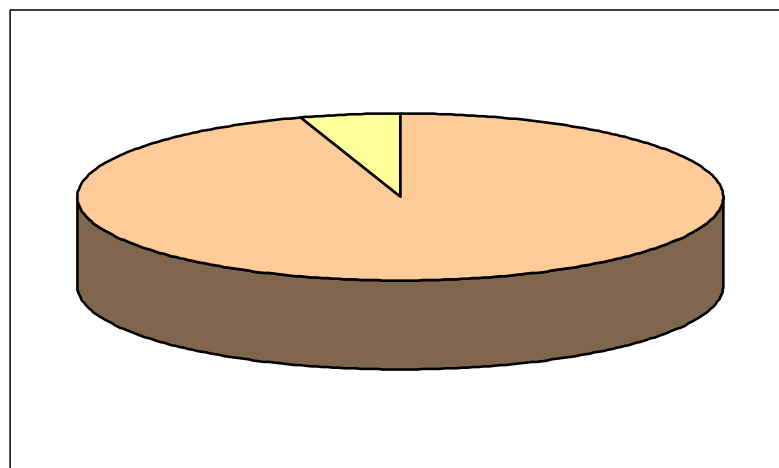


Capacitación al personal de salud que labora en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato

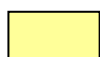


Capacitación al personal de salud que labora en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato

GRAFICO 4



Personal del servicio de Pediatría capacitado en lo referente al programa De Ludoterapia en el servicio de hospitalización



Personal no capacitado



Capacitación a las usuarias del servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato

ANALISIS

En cuanto a capacitación el personal de salud del servicio de pediatría observamos que el 92.6% fue capacitado en lo referente a lo que es una ludoteca hospitalaria. Por otro lado el 95.1% del personal fue capacitado en lo referente al programa de Ludoterapia. Consideramos que la capacitación superó lo programado 80% del personal capacitado.

RESULTADO 4

Conformación Del equipo multidisciplinario de salud responsable del funcionamiento de la Ludoteca Hospitalaria.

TABLA N5

NOMINA	CARGO	FUNCION EN LUDOTECA HOSPITALARIA
Myriam Arboleda	Enfermera Profesional 3	Responsables de la ejecución del proyecto
Flor Lema	Enfermera Profesional 3	Responsable del funcionamiento de la ludoteca hospitalaria
Rosa Altamirano	Líder del Dpto Médico del Servicio de Pediatría	Responsable del mantenimiento
Elizabeth Buenazo	Líder de enfermería del Servicio de Pediatría	
Flor Lema	Enfermera del servicio de pediatría	Responsable del programa de Ludoterapia
Gonzalo Nuñez	Médico tratante Servicio de Psiquiatría-Psicología	
Myriam Arboleda	Maestranes	Sostenimiento del proyecto
Flor Lema	UTPL Voluntariado hospitalario Líder del servicio de Pediatría	Sostenimiento del proyecto.

FUENTE: Conformación del equipo multidisciplinario de salud (Anexo 4)

ELABORADO: Maestranes UTPL

ANALISIS

La conformación del equipo multidisciplinario para el funcionamiento de la ludoteca hospitalaria tiene su función específica en cuanto al manejo, sostenimiento del proyecto.



Personal del Departamento de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

Responsable del programa de ludoterapia.

10. CONCLUSIONES

1. Se adquirió el espacio físico para la creación de la ludoteca hospitalaria
2. Se gestionó el apoyo de la institución para la ejecución del proyecto y los resultados no son favorables
3. Se logró el apoyo e involucramiento del servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato
4. Se obtuvo el apoyo y participación activa del Departamento de psicología del Hospital Provincial Docente Ambato
5. Se consiguió el apoyo de dos guarderías de la localidad para donar insumos y matrículas didácticas para la implementación de la ludoteca Hospitalaria (Gio Gio y abc English)
6. Se logró el apoyo de la presidenta del Patronato Provincial de Tungurahua para la donación de juguetes para la implementación de la ludoteca.
7. Se asumió la implementación necesaria para el adecuado funcionamiento de la ludoteca Hospitalari. Se realizó el inventario de los materiales existentes en la ludoteca.

8. Se difundió la ejecución del proyecto en la institución
9. Se capacito a los trabajadores del Departamento de Pediatría en lo referente a ludoteca y ludoterapia
10. Se difundió el proyecto en el servicio de pediatría a fin de lograr participación activa en la posterior.
11. Se capacito a los usuarios de pediatría
12. Se conformó el equipo multidisciplinario de salud responsable de la ludoteca hospitalaria
13. Se logró el compromiso de los líderes del servicio de pediatría para sostener el proyecto en su servicio
14. Se colocaron instrucciones a los niños hospitalizados para que acudan a la ludoteca hospitalaria y participen en el Programa de Ludoterapia.

11. RECOMENDACIONES

1. La ludoteca hospitalaria debe funcionar bajo la vigilancia permanente de un profesional que dirija las acciones de los niños
2. Los médicos deben prescribir como indicación médica la necesidad de la ludoterapia a sus pacientes de acuerdo a su condición de salud
3. La ludoteca hospitalaria debe ser utilizada como parte de la terapia de recuperación al niño maltratado.
4. El servicio de pediatría debe continuar con las gestiones para mejorar la implementación de la ludoteca y sostener el proyecto
5. El inventario de la ludoteca debe ser recibido principalmente para dar de baja y reponer material necesario.
6. El servicio de pediatría debe gestionar en la Dirección Hospitalari se asignen recursos para el sostenimiento del proyecto en lo posterior
7. El personal que labora en el servicio de pediatría debe motivar a los niños y a sus padres a que participen en el programa de ludoterapia.

12. BIBLIOGRAFIA

ABERASTURG, A. (1979). El niño y sus juegos. Barcelona, Paidós

ANDER – EGG, E.; AGUILAR, M. (2004). Como elaborador de un proyecto. 16va edición. Editorial LUMEN HVMANITAS, República Argentina.

ARANDA, M. y otros. (1992). Cursos de orientación familiar. Psicología infantil y juvenil. Tomo 5 y 6 OCEANO, Barcelona.

BANDET. (1975). Enseñar a través del juego. Ed. Fontanella, Barcelona.

CLAYMAN, C.; JEFFEY, R. (1984). SAID. Editorial printer, Colombia A.A. tomo 2.

DE BORJA, S. (1980). El juego infantil (organización de las ludotecas) Ed. Oikos Tau S.A Barcelona.

DECROLY; MONCHAMP. (1986). El juego educativo iniciación a la actividad intelectual y matriz. Ed Marata España.

ERICKSON, E. (1982). Juego y desarrollo. Barcelona

GARVEY C. (1981). “El juego infantil” Serie. Bruner. Ed Marata España.

GRAU A. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Ed. Panamericana S.A impreso Argentina.

LARA, H. (1990). Orientación educativa. Quito, Ecuador.

MADIGAN, M. (1993). Psicología teórica y práctica. Quinta edición
INTERAMERICANO, Mexico.

MOYTES, J. (1990). "El juego en la educación infantil y primaria. Ministerio
educación y ciencia. Ed. Morata Madrid.

OPPENHEIM, J. (1990). Los juegos infantiles. Barcelona. Martínez Roca.

PINEDA, E.; EVA DE ALVARADO; FRANCISCA DE CANDOS. (1994).

Metodología de la investigación manual para el desarrollo del personal de salud.
2da edición. O.P.S. Washington D.C.

SANTOS, E. Trabajo de grado I Maestría en gerencia integral de salud para el
desarrollo local modulo 4.

VALDES, C.; FLORES, J. (1992). El niño ante su hospitalización. Revista de
psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. p 2001-209.

VELASCO, M. (2003). Planificación estratégica aplicada a la salud. AH/editorial
Quito.

WHALEY, L.; WONG, D. (1988). Enfermería pediátrica. INTERAMERICANA,
México.

WILLAN, S.; HELEN, L.; HOPKINS. Terapia Ocupacional. Ed. Panamericana. Octava edición.

STASSEN, K.; THOMPSON, R. (2001). Psicología del desarrollo y adolescents. Ed. Mexico P. S.A.

13. ANEXOS

ANEXO 1

**OFICIOS ENTREGADOS Y RECIBIDOS PARA LA ADQUISICIÓN DEL ESPACIO
FISICO DE LA LUDOTECA HOSPITALARIA**

ANEXO 2

OFICIOS ENTREGADOS Y RECIBIDOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA
LUDOTECA HOSPITALARIA
INVENTARIO DE MATERIALES DE LA LUDOTECA HOSPITALARIA

Inventario de la Ludoteca Hospitalaria

- ✓ Material existente en el cuarto de juegos

MATERIAL	NUMEROS
✓ Vitrina de madera	2
✓ Casas de madera	2
✓ Vitrinas metálicas	2
✓ Estantería mimbre	1
✓ Sillas plásticas	22
✓ Sillas metálicas	12
✓ Mesas plásticas	2
✓ Mesas metálicas	1
✓ Escritorio metálico	1
✓ Mueble de madera varios usos	1
✓ Pizarra líquida	1
✓ Cuadros decorativos de espuma flex	
Con motivos infantiles	5

MATERIAL QUE SE APORTO EN LA IMPLEMETACION DE LA LUDOTECA
HOSPITALARIA

VITRINA 1

✓ Muñecas patines	1
✓ Muñeca bailarina	1
✓ Muñeca mafalda	1
✓ Muñeca bebe	1
✓ Oso de peluche	1
✓ Conejo	1
✓ León rosa	1
✓ Oso mieleno	1
✓ Oso polar	1
✓ Oso navidad	1
✓ Mapache navideño	1
✓ Oso risueño	1
✓ Conejo casero	1
✓ Perro	1
✓ Foca	1
✓ Oso pequeño	1
✓ Oso bebe	1
✓ Pollo	1
✓ Juego de te	1
✓ Juego pequeño	1
✓ Juego grande	1

✓ Juego de cocina	1
✓ Tambor	1
✓ Juegos musicales	2
✓ Set de box	1
✓ Carros pequeños	5
✓ Aviones	2

VITRINA 2

✓ Cubos didácticos	4
✓ Caja de números (madera)	1
✓ Tubos juego	1
✓ Estudia el alfabeto grande	2
✓ Ábaco	2
✓ Fomix	30
✓ Juego ajedrez	1
✓ Rompecabezas pequeño	5
✓ Cubos mágicos	5
✓ Casas pequeñas	3
✓ Libros para colorear	8
✓ Juegos de villa	1
✓ Juego de martillos	1
✓ Juego de bolos (x/10)	1

✓ Juego futuraza con dado	1
✓ Gomas	6
✓ Juego de alfabeto pequeño	2
✓ Tijeras	3
✓ Cartulinas	100
✓ Hojas de papel boond	100
✓ Juego de cubos didácticos	2
✓ School bus musical	1
✓ Juegos de plastilina	4
✓ Juegos de legos	2
✓ Espadas con protector	6
✓ Pelotas antiestrés	6
✓ Colores tubos x 12	4
✓ Lápices	12
✓ Juego de marcadores x 24	2
✓ Caja de colores	2
✓ Rompecabezas grandes	10

VITRINA 3

✓ Helicóptero militar	1
✓ Carro azul	1
✓ Grúa amarilla	1

✓ Gata kitty	1
✓ Carro formula 1 rojo	1
✓ Carro negro	1
✓ Carro policía	1
✓ Carro rojo	2
✓ Canasta legos	2

VITRINA 4

✓ Tostadora	1
✓ Caja de colores	1
✓ Casa	1
✓ Cámara de fotos	1
✓ Grúa roja	1
✓ Trailer verde rojo	1
✓ Camioneta verde	1
✓ Banquero pequeño	1
✓ Carro amarillo	2
✓ Sacapuntas	4
✓ Pegamentos	6
✓ Pelotas grandes	3
✓ Alfombra azul	1
✓ Cochoneta azul	1

INVETARIO MATERIALES LUDOTECA

✓ Tijeras punta redonda	5
✓ Plastilina cajas	10
✓ Colores lápiz	1
✓ Papel celofán	4
✓ Papel brillante	6
✓ Carro plástico militar	1
✓ Crayones y lápices de color	

ANEXO 3

CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO Y AL
USUARIO DEL MISMO.

PLAN GENERAL DE EJECUCIÓN PARA CAPACITACIÓN SOBRE LUDOTERAPIA DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

OBJETIVO GENERAL: Dar a conocer al equipo multidisciplinario de salud generalidades del Programa de ludoterapia en el servicio de Pediatría.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
- Explicar los beneficios de la Ludoterapia en pacientes hospitalizados.
 - Promover el interés de los distantes por integrarse a esta propuesta.
 - Informar en que consiste la participación de cada uno de los miembros del equipo de salud para favorecer la ejecución de la ludoterapia.

LUGAR: Sala de Juegos del Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

FECHA: 22-07-2006

HORA: 8:15AM

TIEMPO DE DURACIÓN: 1Hora 45

Minutos.

CONTENIDO	RESPONSABLES	ASISTENTES	OBSERVACIONES
<p>LUDOTERAPIA Utilización del juego para ayudar al niño a comprender su propio comportamiento teniendo en cuenta su grado de madurez, suministrando una derivación a estas tendencias que desembocan sobre una conducta inadaptada.</p> <p>HISTORIA Fue inventada por Sigmund Freud (1909) para tratar de aliviar la reacción fóbica de su paciente Hans. Pero el juego no se usó directamente en la terapia infantil hasta 1919 por Hug-Hellmuth. En 1928 Anna Freud empezó a usar el Juego como una forma para atraer a los niños a la terapia.</p> <p>FUNDAMENTOS TEORICOS - Anna Freud y Melanio Klein crearon sus escuelas de psicoanálisis y psicoterapia infantil basadas en el trabajo de Sigmund Freud. - Virginia Axiine desarrolló la terapia de juego centrada en el niño, derivada del</p>	<p>- Maestranteros UTPL.</p> <p>- Departamento de Psicología del Hospital Provincial Docente Ambato.</p>	<p>Médicos Trotantes Médicos Residentes Licenciados en Enfermería. Auxiliares de Enfermería. Internos Rotativos de Enfermería. Internos Rotativos de Psicología. Representante del Voluntariado Hospitalario. Sacerdote</p>	<p>- Hay gran interés por el proyecto.</p> <p>- Se aclaran dudas en cuanto a Ludoterapia.</p> <p>- Hay compromiso por participar en la propuesta.</p> <p>- Se felicita a quienes estamos en frente del proyecto.</p>

<p>trabajo centrado en el cliente de Cari Rogers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El trabajo con la familia se volvió popular. - Hoy en día existe una conciencia creciente de las necesidades terapéuticas de muchos niños. <p>OBJETIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar al niño y al mismo tiempo ir trabajando el autoconocimiento por medio de la exploración y el autocontrol. - En la terapia de juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes deben cumplir el propósito suscitar ciertas conductas problema. <p>FUNCIONES</p> <p>Biológicas- Relajarse, liberar energías excesivas, estimulación cenestésica, ejercicios.</p> <p>Intrapersonales- Dominio de situaciones, exploración, iniciativa, comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo, desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismos y deseos.</p> <p>Interpersonales- Desarrollo de habilidades sociales.</p> <p>Socioculturales- Imitación de papeles.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEL CUARTO DE JUEGOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que se vea acogedor • Seguro, cálido y privado. • Con materiales de juego que permitan la autoexpresión y el espacio adecuado de almacenaje. • Que tenga un área donde el niño pueda hacer un revoltijo. • Debe tener superficies lavables. <p>RECURSOS MATERIALES»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cajón de arena con herramientas. • Rincón hogareño con artículos como mesa y sillas, estufa, equipo de limpieza, 		<p>Hospitalario. Personal de Servicios Administrativos de Pediatría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agradecen que el servicio de Pediatría haya sido tomado en cuenta para la realización del proyecto. - Se felicita al Dpto. de Psicología por su participación en el Programa de Ludoterapia.
---	--	--	---

<p>tazas, ollas sartenes, losas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muñecas de diferentes nacionalidades • Cuna de muñecas • Muñeco bebé tamaño natural (de diferentes grupos raciales). • Biberones, chupones y mantas. • Casa de muñecas • Títeres (de preferencia de guante) • Juguetes del mundo: carros, animales de granja y salvajes, edificios, árboles, etc. • Juguetes acariciables • Papel, tijeras, pegamento, pizarrón, tizas, arcilla, plastilina, cordel cinta de pegar, portafolio para guardar las pinturas. • Equipo de construcción: ladrillos, bloques, legos, rompecabezas. • Instrumentos musicales (son útiles los percusión) • Disfraces multiculturales. • Equipo para juego agresivo: pistolas, espadas, bolos, dardos, martillo y clavijas. • Pelotas • Saco de boxear • Pequeña selección de libros y juegos de mesa. • Reloj • Toallas, pañuelos desechables, trapo. • Cojines grandes, alfombra. • Mesas y sillas de tamaño adecuado para niños • Refrigerios • Delantales y overoles • Equipo de primeros auxilios • Extinguidor de incendios • Equipo de costura • Bote de basura • Materiales de limpieza como: cepillos, recogedor, sacudidor, trapo y balde. 			
---	--	--	--

- Equipo audiovisual; pantalla de observación.

ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES*

- 1.- Los niños no deben lastimarse, atacar al terapeuta o crear una situación peligrosa sin justificación.
- 2.- No deben comer o beber materiales inadecuados
- 3.- No deben dañar el cuarto de juego o los juguetes
- 4.- No se puede sacar los juguetes del cuarto de Juego
- 5.- Arrojar juguetes u otros materiales por la ventana.

INDICACIONES»

- Miedos asociados al trauma, pánico, evitaciones.
- Abuso sexual
- Maltrato infantil
- Ansiedad general
- Agitación, aleta alarma
- Retraso mental
- Déficit psico-sensorial
- Sobre dotación intelectual
- Trastornos graves del desarrollo, conducta y alimentarios

CONTRAINDICACIONES

- Esquizofrenia
- Personas con severos problemas psiquiátricos
- Psicosis

La comunicación psicoterapéutica con el niño deben estar a tono con su nivel de desarrollo y cognoscitivo

“El niño se comunica jugando, hay que hablar su idioma” (Dra. Rocío Álvarez F)

EL JUEGO

Es una actividad inherente al ser humano que se realiza como una acción libre, espontánea, ficticia, natural y sin aprendizaje previo; que brota de la vida misma y es capaz de absorber al jugador por medio de reglas establecidas.

Piaget.- "El papel del juego es fundamental en el desarrollo cognitivo del niño"

Freud- "El juego es una actividad simbólica que permite expresar el inconsciente"

Erikson- "Es una función del Yo que expresa su intento de sincronizar los procesos corporales y sociales en sí mismo."

M. Klein- "El juego tiene un importante valor diagnóstico y pronóstico"

El juego ayuda al niño a

- Desarrollar habilidades físicas.
- Descubrir lo que es Yo y No Yo
- Entender las relaciones
- Experimentar e identificar emociones
- Practicar roles
- Explorar situaciones
- Aprender relajarse, divertirse
- Representar aspectos problemáticos
- Adquirir dominio

Juego y dibujo

Muchas personas se preguntan qué puede tener el Juego para que el niño disfrute tanto con él, llegando a olvidarse de la comida y del tiempo. La explicación es sencilla: el juego no es algo marginal en la vida del chico, sino que constituye una expresión fundamental de su manera de ser.

El niño toma el juego muy en serio; según la edad, representa su verdadero trabajo. A través de él puede expresar sus sentimientos y sus preocupaciones. En el juego, el niño se autoafirma, se convierte en una persona importante. Le sirve para liberarse de la sensación de ser el más débil de la familia. Incluso sus impulsos prohibidos

encuentran salida mediante el juego, el cual constituye un entrenamiento para las relaciones sociales.

Las razones del juego

Al observar a los animales, se comprueba que solamente juegan los más próximos al hombre en la escala de las especies; los cachorros de los mamíferos superiores y algunas crías de aves.

Los científicos han observado que cuanto más desvalido sea el animal, más precisa de sus energías para proveerse de alimento o defenderse de sus enemigo. Para el hombre, sobre todo en nuestra civilización, la búsqueda del alimento o la lucha por la supervivencia (al menos para el niño) no constituye un agobio tan grande. El suplemento de energía que le sobra al niño tiene que gastarse de algún modo. El juego infantil supone una válvula de escape

Además, el chico posee deseos que no encuentran satisfacción en el marco del grupo social en el que vive. El juego le permite expresar perfectamente estos deseos. Así el niño que juega con barro puede satisfacer el impulso de jugar con sus defecaciones; la niña puede descargar en su muñeca pulsiones reprimidas, dándoles así una salida adaptada a sus posibilidades.

Una última razón explica el juego de los chicos. Con el desarrollo, el niño necesita escapar de la dependencia materna, sentirse importante. El juego le prepara para el papel que va a desempeñar en el futuro: el de una persona independiente, con capacidad de decidir y enfrentarse a las adversidades de la vida.

Las clases de juego

Los órganos de su propio cuerpo son los primeros objetos que el niño encuentra y que le servirán de juguete. Después vendrán los sonajeros, muñecas, pelotas, etc., a medida que su desarrollo sensorial le permita ejercitarse con esos objetos.

El juego social aparecerá de una manera clara sobre los cinco años, pero se esboza mucho antes en los juguetes del niño con su madre y sus cuidadores.

<p>Cuando tiene un año el niño desarrolla una verdadera expectación con sus Juegos, esperando que ocurra algo nuevo al manipular los objetos. Así, se sorprende cuando, al manipular un juguete, toca un botón y se oye una musiquilla.</p> <p>Se debe tener en cuenta, en la elección de los juguetes para esta edad, que el niño, durante el primer año, no sabe distinguir el material de los objetos, ni los aspectos figurativos. Su interés se centra en que el juguete o el objeto sea manejable, que pueda tocarlo, moverlo, agitarlo y tirarlo.</p> <p>Un poco más tarde empieza a juntar cosas y a golpearlas.</p> <p>Intenta meter unas cosas en otras (cubos, etc.), pero no tiene una verdadera intención. El niño sigue experimentando.</p> <p>A partir de los 2 años empieza a interesarse por los juguetes.</p> <p>Pero éstos deben ser rudimentarios, para dejar correr su imaginación, mientras que un juguete muy acabado representa un modelo de la realidad y le impide fantasear.</p> <p>Conviene recordar que el proceso de desarrollo del juego se corresponde con el desarrollo general de la inteligencia y de las capacidades motoras y físicas del niño.</p> <p>La primera experiencia se basa en la imitación del adulto y en el mundo que éste le presenta. El niño imita a su manera, o sea que representa el mundo según su propia imaginación. A partir del segundo año aparecen los juegos de ficción, sobre todo en niños muy inteligentes y en hijos únicos, debido a las dificultades del trato social.</p> <p>También abundan los juegos de construcciones, pero ahora ya con intención, si bien la semejanza es pura coincidencia. El chico construye, amontona, junta, pero no nombra lo que construye, porque no es capaz todavía de representar un modelo.</p> <p>El juego paralelo aparece a los 3 años. Los niños se buscan y sienten placer en juntarse 2 o 3, pero su juego sigue siendo individual. Cada uno está atento a lo suyo y no colabora con sus compañeros.</p> <p>A partir del quinto año el juego se socializa. El grupo se amplía a 4 o 5 y se dan los primeros intercambios de juguetes, colaboración y aprobación de la tarea del otro- A pesar de todo, el juego social alterna con el individual sin una predominancia clara de alguna de las dos formas.</p>			
--	--	--	--

Los juegos de esta edad tienen valores simbólicos. Los niños juegan a soldados o a representar la realidad (a papá y mamá).

Cada papel debe ser interpretado de forma reconocible. Esto hace que aparezcan las reglas del juego. Ese intento de representación real requiere una ambientación auténtica, por lo que el material (la pluma del indio o las pistolas del vaquero) será imprescindible.

Entre los juegos de representación ocupa un lugar destacado el juego de médicos. A esta edad, el interés del niño por su propio cuerpo se ha trasladado a la zona genital. Gusta comparar sus órganos genitales con los de sus compañeros, en especial con los del otro sexo. ¿Quién no se ha sentido algo ofendido porque un amigo orinaba más alto que él? Esa búsqueda corporal favorece el juego de médicos para satisfacer la curiosidad sexual.

A partir de los 7 años, coincidiendo con una nueva fase del desarrollo de la inteligencia, los niños se interesan por los juegos de coleccionismo, de paciencia, o de inventiva. Es la época del puzzle, de la colección de cromos, del mecano. Los Juegos colectivos suelen ser competitivos.

Hasta los 8 o 9 años no se dan los juegos de azar y de riesgo.

Ello prueba que a partir de esta edad el niño busca, de alguna manera, vivir momentos de gran tensión. El juego no es sólo un modo de relajar las tensiones infantiles, sino que puede suponer un modo de representarlas.

El interés terapéutico del juego

Un conocido refrán castellano reza: "En la mesa y en el juego se conoce al hombre luego", o sea, enseguida. En lo que nos atañe, diremos que el juego permite conocer al niño, porque expresa sus sentimientos y traduce sus experiencias. Al Jugar, el muchacho utiliza muñecos y juguetes en los que recrea ansiedades, problemas y emociones. Por ello, una buena observación permite comprender su personalidad y las causas de sus problemas.

Saber Jugar con el niño permite aportar observaciones que ayudarán a superar sus problemas. No se trata de detalles sin importancia, sino que los padres colaborarán así

a la evolución equilibrada de la personalidad de sus hijos.

El dibujo

Considerando el dibujo como la representación de las emociones infantiles, comprenderemos que pueda servir para diagnosticar la problemática del niño. Al facilitar las asociaciones profundas, la psicología ha favorecido el desarrollo del dibujo, instrumento que facilita el conocimiento del muchacho.

Por otra parte, el dibujo señala un cuadro de la capacidad mental o intelectual del niño. Y ello independientemente de la calidad artística del dibujo. Algunos estudios muy bien delimitados permiten determinar el momento intelectual del chico, así como su personalidad y conflictos.

La evolución del dibujo en el niño

Hacia el año y medio, el niño manipula objetos que, a veces, dejan una huella gráfica sobre el papel. No tarda en darse cuenta de la relación causa-efecto entre su actividad y la huella gráfica.

Entonces, de manera regular, irá reproduciendo esa huella que tiene la ventaja de permanecer, mientras que la voz se acaba y se pierde. Esta actitud está favorecida por el proceso imitativo, ya que el pequeño ve cómo los adultos escriben. Sin embargo, no se puede hablar todavía de dibujo, porque predomina la descarga motriz y emocional.

Al coordinar el ojo y la mano, el niño busca un efecto gráfico.

Traza entonces garabatos que suelen ser líneas rectas y oscilantes.

El mayor control de la mano y antebrazo hace que a los 18 meses trace ya líneas horizontales, pero sin controlar ni el comienzo ni el final de la línea. Como no hay aún intención representativa, los rasgos suelen ser grandes y ocupar todo el papel.

Hacia los dos años el control del pulgar limita el movimiento de la muñeca y aparecen ya rasgos cortos. El niño puede frenar el impulso, y los rasgos, cortos y repetidos, son lineales o adoptan la forma de anillos.

Posteriormente aparece el control del punto de partida y a los tres años ya controla la partida y la llegada- Esto le permite perfeccionar su dibujo inicial, mejorándolo. Se

<p>observan algunas toscas figuras geométricas.</p> <p>Entre los dos y tres años el niño comienza a nombrar los garabatos que pinta. Primero los nombra después de dibujarlos, más tarde lo hace de manera simultánea y luego antes de dibujarlos. Ello demuestra el avance y predominio de la intención.</p> <p>Pero da nombres totalmente arbitrarios que no se relacionan con lo dibujado. Un mismo garabato puede ser "un hombre" y luego "una casa".</p> <p>El siguiente paso es la adquisición de la semejanza. El niño quiere copiar los objetos que llaman su atención. Los dibuja de memoria mediante esquemas sencillos sobre los que añade los detalles más significativos. Subraya siempre lo esencial. Por eso pinta al hombre con una gran cabeza.</p> <p>Al principio dibuja de frente y luego hace yuxtaposiciones, desplegando, por ejemplo, las fachadas de las casas. Sus representaciones tienen intención. Sus impresiones sucesivas se acaban cuando no hay papel o no le caben, y se esfuerza en ensamblarlas unas con otras.</p> <p>Se observa que el niño pinta lo que sabe más que lo que ve.</p> <p>De ahí que haga transparencias. Pinta así el ombligo encima del vestido. En realidad, no ha alcanzado todavía la fase del realismo visual y reproduce un realismo intelectual. Por ello acumula detalles para que las cosas que pinta resulten identificables. No le importa que los detalles perjudiquen la objetividad del dibujo, porque expresan la cantidad de información que quiere comunicar. De ahí el interés de estos dibujos.</p> <p>Hacia los 8-10 años los dibujos del niño muestran un cambio importante. Dibuja lo que ve, haciendo gala de realismo visual.</p> <p>Descarta las transparencias y las superposiciones.</p> <p>Esta fase de realismo visual depende de la evolución de la percepción y de la comprensión intelectual. Después de percibir un objeto desde todos los puntos de vista, el pequeño sabe abstraer una imagen única que transmite sobre el papel.</p> <p>Debido a que el realismo visual es más "objetivo y neutro", el dibujo tiene, a partir de esta edad, menos posibilidades de expresión (significación) y decae. El dibujo era antes una manifestación del mundo del niño; ahora es más técnico y menos expresivo.</p>			
---	--	--	--

PLAN GENERAL DE EJECUCIÓN PARA CAPACITACIÓN SOBRE LA LUDOTECA HOSPITALARIA AL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

OBJETIVO GENERAL: Informar sobre la programación y ejecución de la creación de la Ludoteca Hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Dar a conocer cuales son las acciones implementadas para la creación de la ludoteca Hospitalaria.

- Presentar los resultados de las gestiones realizadas.
- Explicar qué es la Ludoteca Hospitalaria, sus funciones y beneficios para el servicio de pediatría y los pacientes hospitalizados, y sus familiares.
- Solicitar el apoyo del equipo multidisciplinario de salud su participación activa para el éxito del proyecto.

LUGAR: Sala de Juegos del Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

FECHA: 23-06-2006

HORA: 8:15AM

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

CONTENIDO	RESPONSABLES	ASISTENTES	OBSERVACIONES
<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL</p> <p>¿QUÉ ES UNA LUDOTECA? Es un área que corresponde al juego libre.</p> <p>Historia La ludoteca es un centro infantil de tiempo libre que pone a disposición de los niños una colección de juguetes para ser utilizados en el mismo local o para ser tomados en préstamo. Podemos decir que la ludoteca es al juguete lo que la biblioteca al libro.</p> <p>Fue en Estados Unidos, en 1934, donde se abrió la primera ludoteca. En la actualidad están recomendadas por la Unesco y en algunos países como Inglaterra, Canadá, Francia, Suiza, Bélgica y los países nórdicos hay un acelerado desarrollo de creación de nuevas ludotecas; en ellos se organizan alrededor de asociaciones nacionales o federaciones. En Londres, en 1978, se celebró el Primer Congreso Mundial de Ludotecas. El segundo se realizó en Estocolmo y el tercero en Bruselas, en mayo de 2001.</p>	<p>- Maestros Universidad Técnica Particular de Loja.</p>	<p>Médicos Tratantes Médicos Residentes Licenciados en Enfermería. Auxiliares de Enfermería. Internos Rotativos de Medicina. Internos Rotativos de Enfermería. Representante Dpto. de Psicología. Personal de Servicios</p>	<p>- Se presenta el proyecto.</p> <p>- Es aceptado con agrado por el equipo multidisciplinario de salud.</p> <p>- Se expresa el compromiso por participar en la propuesta.</p> <p>- Se expresa la voluntad de</p>

<p>En la mayoría de los casos, las ludotecas están vinculadas a los municipios o delegaciones provinciales de los ministerios de cultura; a estructuras ya existentes como las casas del niño y las bibliotecas infantiles, aunque algunas funcionan en forma independiente de estructuras públicas y/o asociativas, constituidas como una entidad por sí mismas.</p> <p>Hoy en día, la mayoría de las ludotecas poseen una estructura administrativa y métodos de trabajo precisos. Los especialistas y responsables de ellas estiman que el juguete no es un objeto para la simple diversión, sino que lo reconocen como un útil instrumento de adecuación, que puede rivalizar con el disco y el libro en la tarea educativa y en el uso constructivo del tiempo libre.</p> <p>Es necesario señalar que cualquier ludoteca requiere siempre de un gran surtido de juguetes y debe estar en condiciones de afrontar la competencia de tiendas y jugueterías manteniéndose al corriente de las innovaciones que se introducen en el mercado.</p> <p>Definición</p> <p>La palabra ludoteca deriva del latín ludus que quiere decir juego, juguete, y del griego théke que significa cofre, caja.</p> <p>Borja Solé define a la ludoteca como un “lugar en el que el niño puede obtener juguetes en régimen de préstamo y donde puede jugar por mediación directa del juguete con la ayuda de un ludotecario o animador infantil”.</p> <p>Las ludotecas están consideradas como instituciones recreativo-culturales especialmente pensadas para los niños y su misión es desarrollar la personalidad de éstos mediante el juego, ofreciendo los materiales necesarios (juguetes, material lúdico y juegos), así como orientaciones, ayudas y compañía que requieren para el juego.</p> <p>Éstas pueden ser instituciones independientes, estar en centros de animación, escuelas, bibliotecas, casas de cultura u otras instituciones socioculturales.</p> <p>En muchos países su éxito ha sido relativo pues, como lo explica Borja Solé, existen algunas razones para que no se haya logrado en ellas un ambiente idóneo:</p>		<p>Administrativos de Pediatría.</p>	<p>gestionar en lo posterior mejoras para ludoteca hospitalaria por parte del personal del servicio de pediatría.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se felicita a los responsables del proyecto. - Se abre un espacio de preguntas sobre ludoteca y ludoterapia.
---	--	--------------------------------------	---

problemas económicos, de espacio físico, falta de personal, etc. Debe tomarse en cuenta la idea fundamental de la ludoteca: facilitar el préstamo de juguetes proporcionados por un educador.

Ludotecas en México

La creación de ludotecas en México ha sido reciente en comparación con algunos países europeos como Francia y España, donde estas instituciones son consideradas un fenómeno recreativo, social y educativo desde los años setentas.

Hasta la fecha, son pocas las ludotecas existentes en México,* pero afortunadamente los habitantes de la comunidad juarense cuentan con una ludoteca familiar, ubicada dentro del deportivo Benito Juárez, que cuenta con más de dos mil juguetes clasificados como: deportivos, constructivos, de salón, de tablero e instrumentales. Esta gran variedad de juguetes ha incentivado la asistencia y son ya más de novecientos los usuarios mensuales. Para tener acceso a los servicios que presta la ludoteca es necesario llenar la solicitud de inscripción y contar con una identificación vigente en las ludotecas municipales pues e necesario llevar un registro de los usuarios y sus juguetes de predilección.

Funciones de una ludoteca

1. Proporcionar a los niños aquellos juguetes que hayan escogido en función de sus gustos, aptitudes y posibilidades.
2. Promover el juego en grupos, con compañeros de edades similares.
3. Favorecer la comunicación y mejorar las relaciones del niño con el adulto, en general, y de los hijos con los padres, en particular.
4. Orientar a los padres en relación con la adquisición de juguetes que convengan a sus hijos.
5. Proporcionar material lúdico adecuado para los niños con alguna discapacidad, cualquiera que sea su enfermedad, problema físico o psíquico.
6. Realizar actividades de animación infantil relacionadas principalmente con el juego y el juguete.

<p>7. Probar los juguetes para conocer su calidad material y también las reacciones del niño ante ellos.</p> <p>8. Facilitar esta información a los fabricantes de juguetes que la soliciten.</p> <p>9. Reparar aquellos juguetes que se hayan estropeado.</p> <p>10. Función Recreativa: La ludoteca es un espacio de juego, y como tal ha de ofrecer diversión, ser atractivo y hacer disfrutar a sus usuarios.</p> <p>11. Función Educativa: El juego, es un mecanismo de aprendizaje innato, la misión de la ludoteca es aprovechar este impulso natural para orientarlo a un desarrollo integral y positivo de la persona.</p> <p>12. Función socio-económica: Actualmente, muy pocas personas pueden permitirse a nivel particular el uso de las posibilidades de juego que ofrece una ludoteca, y no tan solo a nivel material, sino también de espacios y compañeros de juego que la ludoteca posibilita.</p> <p>13. Función Comunitaria: Las ludotecas han de emerger como puntos de información sobre el fenómeno lúdico, fuente de recursos para otros colectivos, y han de formar parte del entorno comunitario en el que se encuentran ubicados para desarrollar su papel educativo.</p> <p>14. Función de Investigación: Las ludotecas son el terreno de pruebas más real que existe para todos los juegos que entran en ella. Por esto hace falta analizar estos materiales y surgir como puente entre consumidores y productores, velando por la calidad de sus herramientas de intervención.</p> <p>Beneficios</p> <p>Las ludotecas satisfacen principalmente las necesidades de niños solos, con quienes los padres no juegan. En ella los lazos familiares adquieren fuerza y se estrechan las relaciones de los padres con los hijos.</p> <p>La ludoteca es una vigilante de la calidad del juego y brinda a los padres la posibilidad de probar diversos juguetes antes de comprarlos.</p> <p>Allí, el niño usuario se transforma en creador y receptor de juguetes, algunos de ellos, incluso, creados por otros niños de su edad.</p>			
---	--	--	--

La ludoteca constituye un intento de control del consumo irracional. Los precios de los juguetes, como los de todos los artículos, no cesan de aumentar, razón por la cual la ludoteca se ha vuelto una excelente opción.

El principio de la ludoteca, en una perspectiva etnológica, conduce a pensar históricamente sobre el sistema de intercambio de objetos en nuestra cultura y sociedad. Pero lejos de convertirse en 'prótesis' suplementaria de una sociedad que crea objetos para remediar sus propias carencias, pretende mejorar la calidad de la vida y tejer lazos humanos en el seno de una comunidad.

En el medio hospitalario su importancia radica en el hecho de que mejora el proceso de adaptabilidad al mismo y hace la estadía más agradable y hasta inolvidable.

Tipo y funcionamiento de diferentes ludotecas

Actualmente las ludotecas existentes pueden clasificarse de acuerdo con su forma de trabajo y los propósitos que persiguen, y son:

- Ludoteca circulante
- Ludoteca comunitaria
- Ludoteca personal
- Ludoteca escolar
- Ludoteca hospitalaria.

La ludoteca circulante fue creada por la Universidad Nacional Autónoma de México (unam), mediante la utilización de ludobuses, mismos que recorrían las facultades de la Ciudad Universitaria para facilitar en régimen de préstamo, al estudiante, materiales lúdicos como ajedrez, dominó, material deportivo.

La ludoteca comunitaria es promovida entre niños y jóvenes a quienes se invita a pasar un rato de diversión y esparcimiento, compartiendo juegos y juguetes con otros niños, vecinos de la comunidad donde se ubica el centro lúdico. La difusión de este tipo de actividades ludotecarias se ha hecho a través de algunas delegaciones políticas del Distrito Federal como Álvaro Obregón, Benito Juárez, y Cuauhtémoc.

La ludoteca personal está integrada por antologías de poemas, cuentos, cantos y juegos, seleccionados con el propósito de que el lector descubra, los disfrute y aprenda a encontrarse a sí mismo.

Ludotecas escolares las hay en instituciones educativas muy diversas. Algunas escuelas superiores, como las facultades de Economía, Medicina y Derecho, de Ciudad Universitaria, cuentan con centros que disponen de materiales lúdicos que responden a las características de los usuarios y de los objetivos que persiguen.

En la Escuela Superior de Educación Física (México) fue recientemente creada una ludoteca por iniciativa de algunos catedráticos que imparten materias de recreación y campamento. Los usuarios son los estudiantes, quienes de manera directa aplican los conocimientos y experiencias adquiridos en su formación profesional.

En el nivel de educación primaria, algunas escuelas cuentan con ludotecas. En la escuela primaria Adolfo López Mateos (México) fue creada en el año 1988 y en ella se pretende complementar los materiales lúdicos con actividades propias de una videoteca.

También se pueden clasificar las ludotecas considerando su manera de funcionar.

a) La más frecuente es la ludoteca local, que suele constar de una sala en la que los juguetes están colocados en estanterías y clasificados por edades y por clases (educativos, tácticos, deportivos). El niño puede mirarlos, jugar con ellos y compararlos antes de efectuar su elección y dirigirse a la mesa donde le espera el animador. Este último le preguntará su nombre y buscará su ficha personal, a la que adjuntará la ficha del juguete, para cotejar ésta con el estado en que se proporciona el juguete al niño. Finalmente se lo entrega por un periodo máximo, que en general es de unos quince días. En esa misma sala o en otra cercana se suele encontrar un área de juegos, en la que el niño puede jugar libremente con los juguetes especialmente destinados a ser utilizados en ella.

b) Otro tipo de ludoteca es la itinerante. Una de sus modalidades es la que funciona impulsada por instituciones provinciales con el fin de acercar el juguete a núcleos rurales en lo que alguna asociación, centro de tiempo libre o escuela se convierten en sedes de dicha ludoteca itinerante. Las ludotecas de este tipo cuentan con un depósito central de juguetes y un medio de transporte, generalmente una camioneta o camión, en el que llevan los cofres que contienen los juguetes hacia las diversas entidades que se responsabilizan de los mismos. Se realizan viajes a

- cada núcleo para cambiar los juguetes, para llevarse los que había dejado y dejar los nuevos ya solicitados y seleccionados por los responsables de las entidades a quienes se les dejó previamente un fichero descriptivo de juguetes existentes.
- c) Algunas ludotecas suelen combinarse con otros servicios de animación infantil como bibliotecas, diversas actividades culturales, recreativas y deportivas.
 - d) También existen ludotecas especializadas en el trabajo con discapacitados. Suelen funcionar exclusivamente para estos niños y están equipadas con juguetes especialmente seleccionados. Normalmente se encuentran dentro de las escuelas especiales donde estos niños estudian. Acuden a ella acompañados por sus educadores que orientan en gran medida la elección del juguete. Consideramos conveniente integrarlas a las ludotecas locales para que los niños con alguna discapacidad jueguen y se relacionen con el resto de los niños.
 - e) La ludoteca hospitalaria funciona también como la guía de un ludotecario, o animador y es muy útil para aliviar la carga de estrés del infante y sus padres.

Las ludotecas como instrumento de evolución del entorno lúdico infantil

Importancia de su desarrollo

Ante la difícil situación del juego infantil en la mayoría de los medios urbanos marginales y rurales de nuestro país, las ludotecas podrían desempeñar un importante papel y tener aportaciones específicas en el desarrollo integral del niño.

Para que esto sea posible se debe ampliar, mejorar, el concepto de ludoteca. Es decir, no conceptualizarla única y exclusivamente como un centro de préstamo de juguetes, sino como un centro infantil de tiempo libre, donde se realiza una animación globalizadora con los niños asistentes y, además, se comienzan procesos de animación y cambio de actitud en los padres y educadores de la zona de influencia de la ludoteca.

Es decir, la ludoteca podría ser, y en nuestra opinión es necesario que sea, un centro infantil de tiempo libre donde se realice una oferta lúdica cualitativamente distinta (con actividades globalizadoras y una animación y pedagogía activa partiendo de los centros de interés del niño), a la vez que se convierte en un elemento de

<p>dinamización de los cambios de mentalidad, del movimiento de opinión y de los cambios en el sistema urbanístico, educativo, familiar y del tiempo libre en que vive la población infantil donde se encuentre ubicada de ahí la necesidad de crearla en nuestro centro hospitalario infantil.</p> <p>En este sentido quisiéramos resaltar el importante papel que pueden desempeñar en el proceso de cambio en el mundo del juguete. Numerosas investigaciones han demostrado que éste puede convertirse en un instrumento de exploración de la realidad, de armonioso desarrollo motor, sensorial, imaginativo, creativo y social del niño.</p> <p>Ahora bien, este alto potencial que en teoría tiene el juguete dista mucho de plasmarse en la realidad. Esto se debe a que para los fabricantes y distribuidores antes que un objeto educativo es un producto más para consumir, un generador de importantes beneficios económicos para las empresas del sector, las que dependen cada vez más de los grandes monopolios.</p> <p>Las técnicas para su venta son similares a las de otros productos y todo se basa en obtener la máxima rentabilidad con una agresiva publicidad y modernas técnicas de comercialización.</p> <p>Son fácilmente apreciables las interconexiones existentes entre el juego y la sociedad. El juguete suele ser una representación de lo real y algunas veces de determinados aspectos negativos de esta realidad.</p> <p>Un rápido análisis nos muestra la no neutralidad de los juguetes. Así, por ejemplo, tenemos los que reproducen los papeles masculinos y femeninos aceptados socialmente, aquellos en los que se trata de llegar primero y ganar el máximo de ‘puntos’, o, como en el caso del Monopoly —o sus imitaciones—, en los que se reproduce una sociedad basada en la especulación, el máximo beneficio, la acumulación máxima de capital.</p> <p>Para que un juguete pueda ingresar a una ludoteca tiene que reunir ciertas características; algunas de ellas son: que despierte la imaginación y la habilidad del niño, que sea creativo, que sirva para tomar decisiones, que desarrolle la concentración, que sea estético, que no cuente con sustancias tóxicas y que no haga</p>			
---	--	--	--

propaganda de algún tipo de ideología sociopolítica. Eligiendo juguetes con estas características se pretende que mientras el niño se divierte y convive con su familia, estimule un mejor desarrollo físico y mental.

Ante el contexto descrito, la ludoteca podría ser uno de los pivotes sobre los que podría girar una nueva política de animación infantil en cada sistema local.

<p>propaganda de algún tipo de ideología sociopolítica. Eligiendo juguetes con estas características se pretende que mientras el niño se divierte y convive con su familia, estimule un mejor desarrollo físico y mental.</p> <p>Ante el contexto descrito, la ludoteca podría ser uno de los pivotes sobre los que podría girar una nueva política de animación infantil en cada sistema local.</p>			
--	--	--	--

PLAN GENERAL DE EJECUCIÓN PARA CAPACITACIÓN SOBRE LUDOTERAPIA DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

OBJETIVO GENERAL: Dar a conocer al usuario externo sobre el programa de ludoteca y ludoterapia en el servicio de pediatría

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
- Transmitir conocimientos básico sobre ludoteca y ludoterapia
 - Informar en que consiste el proyecto de ludoteca y ludoterapia que se implementara en el departamento de pediatría
 - Difundir el programa sobre ludoteca y ludoterapia a través del usuario

LUGAR: En la sala de espera del departamento de pediatría

FECHA: 22-07-2006

HORA: 8:15AM

TIEMPO DE DURACIÓN: 1Hora 45

Minutos.

CONTENIDO	RESPONSABLES	ASISTENTES	OBSERVACIONES
<p>JUEGO: El juego es, además de una actividad natural consustancial al desarrollo de procesos psicológicos básicos, una actividad educativa de enculturación social. En los juegos se aprende, como afirmaba Sutton Smith en 1980 lo más ambiguo y lo más precioso de la naturaleza humana: el ser y la posibilidad del no-ser. La actividad lúdica es muy importante en el niño pequeño, que posee una inteligencia, un cuerpo y un espíritu en proceso de construcción y desarrollo. Tienen por tanto, un valor educativo esencial como factor de desarrollo, como gimnasia física y mental, como estímulo del espíritu,... El juego pues, ocupa dentro de los medios de expresión del niño un lugar privilegiado. No podemos considerarlo sólo como un pasatiempo o diversión: es también un aprendizaje para la vida adulta. En el juego el niño aprende a conocer su propio cuerpo y sus posibilidades, desarrolla su personalidad y encuentra un lugar en el grupo. Desde el punto de vista del desarrollo de la persona el juego es una necesidad porque inicia una buena relación con la realidad y porque de una forma placentera introduce en el mundo de las relaciones sociales. Cuando el niño vence las dificultades que él mismo se ha propuesto o aceptado, tiene una alegría más moral que sensorial. Incluso a veces, busca él mismo mayores dificultades y hasta el dolor para superar los obstáculos, situándose así en un camino</p>	-		-

que le conduce a superar airoosamente las dificultades, al dominio de sí mismo, a su propio perfeccionamiento.

Características:

- El juego es placentero, divertido. Aun cuando no vaya acompañado por signos de regocijo, es elevado positivamente por el que lo realiza.
- El juego no tiene metas o finalidades extrínsecas. Sus motivaciones son intrínsecas y no se hallan al servicio de otros objetivos. De hecho, es más un disfrute de medios que un esfuerzo destinado a algún fin en particular. En términos utilitarios es inherentemente productivo.
- El juego es voluntario y espontáneo. No es obligatorio, sino simplemente elegido por el que lo practica.
- El juego implica cierta participación activa por parte del jugador.
- Tranquilidad y alegría emocional de saber que sólo es un juego.
- Con finalidad en sí mismo.
- Espontáneo, repentino sin necesidad de aprendizaje previo.
- Expresivo, comunicativo, productivo, explorador, comparativo...

Tipos de juegos:

Esta clasificación sobre los tipos de juegos es una de las muchas que hay. Esta se basaría principalmente en las edades. Así pues tendremos:

- *Juego sensomotor.*-Ocupa el período de la infancia comprendido hasta el segundo año de vida, cuando el niño está adquiriendo afanosamente el control de sus movimientos y aprende a coordinar sus gestos y sus percepciones con los efectos de los mismos. En este estadio el juego consiste con frecuencia en repetir y variar movimientos. El niño obtiene placer a partir de su dominio de capacidades motoras y de experimentar en el mundo del tacto, la vista y el sonido. Obtiene placer al comprobar que es capaz de hacer que se repitan acontecimientos. Los orígenes de la mayoría de los aspectos del juego pueden detectarse, y deseo intentar demostrarlo, a través de los primeros contactos del niño con sus padres o

<p>cuidadores. Aun cuando de un modo gradual, y dentro de otros contextos, se pueden aprender nuevas vías de juego, probablemente durante ,los primeros meses de vida le es comunicada al lactante una orientación no realista con respecto a experiencias. “Una nueva experiencia, sino es amedrentadora, atraerá probablemente primero la atención y luego la exploración. Sólo tras haber sido investigada, una nueva característica del entorno podrá ser tratada y disfrutada mas ligeramente”.</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Juego simbólico o representativo.</i>- Predomina tras la edad de dos años, hasta aproximadamente la de seis. Durante este período el niño adquiere la capacidad para codificar sus experiencias en símbolos; pueden recordarse imágenes de acontecimientos. Un niño comienza a jugar con símbolos y las combinaciones de éstos. Por ejemplo un niño puede pensar que llena de huevos un nido cuando apila canicas en el sombrero de una muñeca.- <i>Juegos sujetos a reglas.</i>- Se inicia con los años escolares. El niño ha comenzado a comprender ciertos conceptos sociales de cooperación y competición; está empezando a ser capaz de trabajar y de pensar más objetivamente. Su juego refleja este cambio cuando se enfoca sobre actividades lúdicas que están estructuradas a base de reglas objetivas y que pueden implicar actuaciones en equipo o n grupo. Dentro de situaciones educativas, y en su mejor forma, el juego no sólo proporciona un auténtico medio de aprendizaje sino que permite que unos adultos perspicaces e instruidos adquieran conocimientos respecto a los niños y sus necesidades. En el contexto escolar, esto significa que los profesores deben ser capaces de comprender en donde “están” los niños en su aprendizaje y en su desarrollo general, lo que a su vez indica a los educadores el punto de partida para la iniciación de un nuevo aprendizaje, tanto en el campo cognitivo como en el afectivo. Los juegos contribuyen al desarrollo de la acción, de la decisión, de la interpretación y de la socialización del niño. Éstos juegos de la regla inician en la organización y en la disciplina al mismo tiempo que enseñan a someter los propios intereses a la voluntad general. A partir del juego en equipo el niño aprenderá a ser él, a ser un individuo, a ver que también existen los demás y a			
---	--	--	--

respetar sus personalidades.

Los juegos infantiles y la educación física.-

Los juegos infantiles de educación física, en su diferente intensidad y características especiales, constituyen eslabones que conducen al muchacho, en el camino de su formación general. Hacia la práctica de los deportes (por eso se les llama “predeportivos”). Esta tarea ha de lograrse en progresión pura hasta el deporte. Han de conducir a la juventud por su camino, si se le aplica con éxito, n condiciones de servir a la Sociedad.

Los juegos son uno de los medios empleados por la educación física que resulta imprescindible en edades hasta de catorce años y siempre buen complemento para las demás edades, incluso para los adultos, por colaborar, y hasta la edad de siete años casi suplir, a la obra de gimnasia educativa. Desenvuelven facultades y recrean el espíritu, al tiempo que proporcionan las ventajas del ejercicio físico sin el importante gasto de energías que la practica de los deportes supone, y sin exigir tampoco la formación psicofísica obligada para aquellos .

Es el medio lúdico de gran atracción para el muchacho el que habitúa a una rápida concepción y ejecución y sirve por su cualidad recreativa de buen complemento, amenizador, para las lecciones de gimnasia educativa, pues evita la monotonía en que fácilmente se puede caer.

Por supuesto resultan imprescindibles en todo plan de educación física que se confeccionen para los muchachos.

La serie de ventajas proporcionadas por el juego son muchísimas. El juego ayuda a los participantes a lograr confianza en sí mismos y en sus capacidades y, en situaciones sociales, contribuye a juzgar las numerosas variables dentro de las interacciones sociales y a conseguir una empatía con los otros. Induce tanto a los niños como a os

<p>adultos a desarrollar percepciones acerca de otras personas y a comprender las demandas en los dos sentidos de expectación y tolerancia. En un nivel básico, el juego brinda situaciones en donde se pueden practicar destrezas, tanto físicas como mentales, repitiéndolas tantas veces como sea necesario para conseguir confianza y dominio.</p> <p>Los juegos en la educación física sirven para desarrollar y afianzar unas habilidades físicas básicas que irán dando paso a que se produzca la posibilidad de adquisición de otras más complejas. El origen del juego se establece como generador de modalidades deportivas.</p>			
--	--	--	--

ANEXO 4

CONFORMACION DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO RESPONSABLE DE LA
LUDOTECA HOSPITALARIA

ANEXO 5

CERTIFICACIONES

FUNCIONAMIENTO DE LA LUDOTECA HOSPITALARIA Y PROGRAMA DE LUDOTERAPIA



Funcionamiento de la Ludoteca del hospital Provincial Docente Ambato



Programa de ludoterapia del Servicio de Pediatría