



Universidad de Valladolid
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

TESIS DOCTORAL:
ACTUACIONES EDUCATIVAS EN
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE
CASTILLA Y LEÓN: 1985-2010.

Presentada por
D^a MILAGROS LEÓN SIMÓN
para optar al grado de doctora por la
Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dr. D. Fausto Sanz Diez

El que no entienda que una persona ingresada en un hospital tiene unas necesidades de atención que van más allá de lo médico-físico; que un niño o joven en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros compañeros; el que no entienda que un escolar con pronóstico fatal tiene derecho a seguir aprendiendo, interesándose por las cosas, realizando actividades, jugando; el que no entienda que esos padres, con un hijo enfermo crónico, tienen necesidad de orientación, ... es que sencillamente tiene un problema personal y una concepción errónea o parcial de lo que es la vida.

(Jornadas de Pedagogía hospitalaria)

"Lo maravilloso de aprender algo, es que nadie puede arrebatarémoslo."

(B. B. King)

"El sufrimiento se lleva mal con el lenguaje. Ni en los duelos ni en las enfermedades es sencillo dar con las palabras adecuadas, que cuando no se disparan a la hipérbole quedan difuminadas en el tópico o envueltas en empalagosos eufemismos. Pero hay personas especialmente dotadas para mantener la dignidad de la palabra exacta en medio de las lágrimas"

(José- María Romera. El Norte de Castilla. Artículo de opinión)

"Se dirigió entonces hacia ellos, con la cabeza baja, para hacerles ver que estaba dispuesto a morir. Y entonces vio su reflejo en el agua: el patito feo se había transformado en un soberbio cisne blanco..."

(Hans Christian Andersen: "El patito feo").

AGRADECIMIENTOS

El largo camino para culminar este trabajo de investigación ha concluido gracias a la colaboración de muchas personas e instituciones, que se han involucrado en todo lo solicitado y me han apoyado en los momentos de trabajo, de dudas, de desánimo y en definitiva han hecho posible que lo que un día fue una idea, una ilusión, se haya hecho realidad.

Deseo manifestar, ante todo, mi más sincera expresión de gratitud al Departamento de Pedagogía de la Universidad de Valladolid, por poner a mi disposición toda ayuda, personal y técnica, necesaria para desarrollar el presente trabajo.

Al Dr. Fausto Sanz Díez, director de esta Tesis, por los ánimos y las precisas orientaciones, sin las cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Mi reconocimiento a las personas e instituciones, tanto del ámbito educativo como sanitario, que han prestado cuanta ayuda les fue solicitada y han enriquecido mi trabajo de cada día, con su apoyo y ánimo.

A mis amigos y compañeros de profesión, de aulas hospitalarias, por su colaboración desinteresada y de gran valía. También mi felicitación a todos aquellos profesionales y Organizaciones que de una manera u otra están en relación con las aulas hospitalarias, tanto en nuestra Comunidad, como en el resto de España y en otros países, por su cariño, aportación y entrega.

No puedo dejar de expresar mi agradecimiento sincero a cuantos niños y familias han pasado por las Unidades escolares de los hospitales, participando e impulsando decididamente la realización de este trabajo.

A mi familia toda y en especial a mi esposo e hijos, que ha aguantado pacientemente este proceso, ayudándome siempre.

A todos, muchísimas gracias.

NOTAS ACLARATORIAS:

1º. *Para facilitar la lectura del texto hemos evitado utilizar de manera conjunta el género femenino y masculino en los términos que admiten ambas posibilidades, es decir no hacer distinción de género gramatical en algunos casos, sin que ello suponga discriminación por razón de sexo.*

2º *En este trabajo, por pura cuestión de ética profesional, hemos evitado cualquier dato identificativo de personas y por tanto cualquier nombre que pueda aparecer en algún momento, no guarda ninguna correspondencia con el nombre real y así ha de interpretarse.*

3º *El término “hospital”, “centro hospitalario” e “institución hospitalaria”, en nuestra investigación, son utilizados de modo indistinto, pues los consideramos sinónimos, aunque entendemos que la expresión “institución hospitalaria” pueda ser más precisa, al abarcar con mayor amplitud, si cabe, la complejidad del ámbito sanitario.*

4º *De igual modo, el término “aula hospitalaria”, también se denomina con idéntica intención como “Unidad de apoyo escolar en instituciones hospitalarias” o “Unidad pedagógica hospitalaria”, o también “aula educativa de hospital” e incluso “Escuela hospitalaria”.*

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN.....	19
JUSTIFICACIÓN	19
CAPÍTULO I. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	33
1. CONCEPTO DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.	33
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS (PEDAGOGÍA HOSPITALARIA).....	43
3. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES REALIZADOS EN EL CAMPO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA ..	51
4. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, EL ESCOLAR ENFERMO Y SU ÁMBITO FAMILIAR	55
5. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y EL ROL DEL PEDAGOGO O PROFESOR HOSPITALARIO.....	66
6. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y SU PROYECCIÓN DE FUTURO.	71
CAPÍTULO II. LAS AULAS HOSPITALARIAS	83
1. EVOLUCIÓN DEL MARCO LEGISLATIVO.	83
1.1. Marco legislativo internacional.	83
1.2. Marco legislativo español.	89
1.3. Marco legislativo en Castilla y León.....	110
2. RESPUESTAS EDUCATIVAS DESDE LAS AULAS HOSPITALARIAS.	126
2.1. Las aulas hospitalarias en España y en algunos países de Europa e Iberoamérica.	126
2.2. Las aulas hospitalarias en la Comunidad de Castilla y León.	134
2.3. Breve reseña histórica de los hospitales con aula hospitalaria en Castilla y León.	136
2.4. Proyectos y realizaciones de las aulas hospitalarias en nuestra Comunidad.....	142
CAPÍTULO III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA COMO METODOLOGÍA DE ESTUDIO.....	149
1. PLANTEAMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.	149
1.1. Breves anotaciones históricas de la investigación educativa	150
1.2. Modos de afrontar una investigación en el campo educativo.	152
1.3. Justificación del método elegido.	163
1.4. La Etnografía.	167
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	171
2.1 Reflexión y formulación del problema.	177
2.2 Planificación del trabajo de investigación.	180
2.3. Recogida de datos.	196

2.4. Análisis de datos.	198
2.5. Algunas valoraciones:	216
CAPÍTULO IV. INFORME DE LOS RESULTADOS.....	223
INTRODUCCIÓN.	223
1. EL AULA HOSPITALARIA COMO UNIDAD ESCOLAR.	224
1.1. La ubicación y características del aula hospitalaria.	224
1.2. El contexto del aula hospitalaria	233
1.3. Acogida, rutinas y horarios.	236
1.4. La vida del aula como aula inclusiva.	240
1.5. Recursos del aula hospitalaria.	245
1.6. Ambiente del aula hospitalaria	248
1.7. Hacerse un sitio.....	252
1.8. Así lo ven los alumnos.....	255
2. ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y LÚDICO-RECREATIVAS EN EL AULA HOSPITALARIA.	
ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS.	257
2.1. Hay que hacer un plan.	257
2.2. Necesidad de intercalar actividades y talleres.....	260
2.3. Las evaluaciones.	266
2.4. Aunar estancias y características de cada escolar, actividades del centro de referencia y actividades del aula hospitalaria.....	269
2.5. La metodología.	274
2.6. La importancia del tiempo de ocio, de relax, de juego.....	277
2.7. Las TICs.....	280
2.8. La expresión plástica, dramática y musical.....	283
2.9. La animación a la lectura.	285
2.10. El aula hospitalaria como espacio agradable, seguro anímicamente y creativo.....	287
3. EL ALUMNO ATENDIDO EN EL AULA HOSPITALARIA.	289
3.1. La complejidad del alumnado.	289
3.2. El apoyo y ayuda entre compañeros (la empatía y la mediación)	299
3.3. Temas y vivencias vertebradoras de la dinámica del proceso de desarrollo del escolar.	305
3.4. Apoyo de tutores, personal médico, trabajador social, amigos.	310
3.5. La importancia de las emociones en el aprendizaje del aula hospitalaria.....	312
3.6. Educación en valores dentro del currículo y a través del debate.	318

4. EL PROFESOR DE AULA HOSPITALARIA. PERFIL, FUNCIONES Y FORMACIÓN.	320
4.1. El perfil del profesor de aula hospitalaria: un trabajo solitario.	320
4.2. Funciones del profesor de aulas hospitalarias.....	323
4.3. Competencias y formación del profesor hospitalario.	326
4.4. El profesor y el modelo de organización del aula hospitalaria.	334
5. RELACIÓN DEL PROFESOR DE AULA HOSPITALARIA CON EL ALUMNO, FAMILIA Y CON LOS ÁMBITOS SANITARIO Y PEDAGÓGICO.	337
5.1. Relación del profesor de aula hospitalaria con el alumno y las familias.....	338
5.2 Relación del profesor de aula hospitalaria con el ámbito pedagógico .	341
5.3 Relación del profesor de aula hospitalaria con el ámbito sanitario.	350
6. EXPERIENCIAS Y COMUNICACIONES DE LAS AULAS HOSPITALARIAS.....	354
6.1. El aula escolar vista por alumnos, padres y personal sanitario.	354
6.2. Una atractiva experiencia plasmada por los medios de comunicación.	356
6.3. Seminarios y cursos sobre aulas hospitalarias.....	359
6.4. Jornadas y Congresos sobre Pedagogía hospitalaria.	361
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	369
BIBLIOGRAFIA.	419
SELECCIÓN DE DOCUMENTOS CONTENIDOS EN LOS ANEXOS.....	451

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PRINCIPALES PREOCUPACIONES PARENTALES ANTE LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.....	61
TABLA 2: COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PROFESORADO (M.E.C.2006).....	69
TABLA 3: ENCUESTA DE MORBILIDAD HOSPITALARIA 2002	76
TABLA 4: ALUMNADO DE AULAS HOSPITALARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. CURSO 2002-03.....	77
TABLA 5: POBLACIÓN QUE HA ESTADO HOSPITALIZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR DURACIÓN DEL ÚLTIMO INGRESO HOSPITALARIO. ENCUESTA DE SALUD 2003.	78
TABLA 6: PACIENTES PEDIÁTRICOS DADOS DE ALTA EN EL AÑO 2001 EN CASTILLA Y LEÓN.	78
TABLA 7: CENTROS HOSPITALARIOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE TELEEDUCACIÓN EN AULAS HOSPITALARIAS.....	107
TABLA 8: ATRIBUTOS DE LOS PARADIGMAS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO	153
TABLA 9: CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	157
TABLA 10: CRITERIOS DE RIGOR EN UNA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.....	159
TABLA 11: CRITERIOS DE VALIDEZ EN UNA METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	160
TABLA 12: FUENTES BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS.....	179
TABLA 13: TÉCNICAS UTILIZADAS EN NUESTRA INVESTIGACIÓN.	187
TABLA 14: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.	197
TABLA 15: DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS IMPLICADOS EN EL ANÁLISIS DE DATOS.	210
TABLA 16: TÉCNICAS Y TAREAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	212
TABLA 17: CATEGORÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.	215
TABLA 19: DISTRIBUCIÓN DE TIEMPOS EN EL A.H.	240
TABLA 18: PORCENTAJES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE MAYOR INCIDENCIA EN EL ALUMNADO.....	291
TABLA 20: PROYECTOS SEMANALES DE TRABAJO.....	309

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: ORGANIGRAMA DE FACTORES IMPLICADOS EN LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	38
GRÁFICO 2: ENTRAMADO DE LA ATENCIÓN AL ALUMNO HOSPITALIZADO Y CONVALECIENTE.	40
GRÁFICO 3: PROYECCIÓN ACTUAL DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	73
GRÁFICO 4: ESQUEMA DE SITUACIÓN Y FUNCIÓN DE AULAS HOSPITALARIAS	126
GRÁFICO 5: PROCESO DE INVESTIGACIÓN CONSTRUCTIVISTA/CUALITATIVA	157
GRÁFICO 6: FASES DEL PROCESO DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.	158
GRÁFICO 7: FASES DE LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.	162
GRÁFICO 8: FASES DE NUESTRO PROCESO METODOLÓGICO.	177
GRÁFICO 9: SITUACIÓN DEL ANÁLISIS COMO MEDIADOR ENTRE DATOS Y CONCLUSIONES.	200
GRÁFICO 10: TAREAS IMPLICADAS EN EL ANÁLISIS DE DATOS	208
GRÁFICO 11: TAREAS IMPLICADAS EN EL ANÁLISIS DE DATOS.	208
GRÁFICO 12: RESPUESTA AL ESCOLAR HOSPITALIZADO.	371
GRÁFICO 13: INTERRELACIONES DEL AULA HOSPITALARIA.	396
GRÁFICO 14: MODELO DE CALIDAD DE AULA HOSPITALARIA.	405

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

Toda Tesis se presenta en un momento determinado y por alguna causa concreta. Son muchas las dudas que surgen ante la elaboración de un trabajo de investigación y muchísimas más las que van surgiendo del proceso e incluso las que aún se hacen presentes en el momento de la conclusión.

Pero con la certeza de que este trabajo aún puede admitir otros muchos, de ampliación y perfeccionamiento, creemos que éste es el momento oportuno para su presentación.

Esta Tesis es fruto de la inquietud acumulada a lo largo de los veinticinco años de trabajo llevado a cabo en el ámbito de la Pedagogía hospitalaria, concretamente de la práctica docente en el aula hospitalaria del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, así como de la inequívoca relación que emana del Trabajo de Investigación Tutelado (TRIT), presentado en 2006 y que lleva por título *La Pedagogía hospitalaria a través de la evolución de sus Jornadas (1986-2006)*

El interés por *Las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias de Castilla y León (1985-2010)* está justificado por considerar que si la actividad pedagógica con niños enfermos en las instituciones hospitalarias o convalecientes no es reciente, sin embargo, hasta llegar a los años 80, esa intervención poseía principalmente un carácter caritativo-asistencial y es precisamente a partir de esa década de los 80, en la segunda mitad del siglo XX, cuando gracias a la filosofía de la integración escolar y al proceso de humanización de los hospitales, cambia su significado y nacen las aulas hospitalarias, en su concepto actual.

Es una realidad pues, que desde hace bastantes años, tanto en España como en otros países, se están llevando a cabo actuaciones encaminadas a la ayuda del niño y adolescente hospitalizado desde el ámbito pedagógico como complemento de la acción médica. El aula hospitalaria ha tomado ya carta de naturaleza en numerosas instituciones hospitalarias y se ha convertido en uno de los referentes más interesantes de las Secciones pediátricas en los hospitales, al dar respuesta a determinadas necesidades de la persona humana que suelen quedar desatendidas en el contexto de un centro hospitalario, como son las necesidades de orden psicológico y educativo.

De otra parte, se sigue constatando que aún la educación en el medio hospitalario, tanto para profesionales del ámbito educativo y sanitario como para la sociedad en general, es uno de los campos educativos de los que se posee poca información, siendo la bibliografía y las publicaciones existentes aún escasas. A pesar de todos los avances que se han ido produciendo en estos años, a pesar del interés creciente de las administraciones educativas y sanitarias y del trabajo que día a día los profesores de estas aulas hospitalarias realizan a favor de una mejora de la calidad de vida de los escolares hospitalizados, sigue existiendo, en bastantes casos, un gran desconocimiento de este servicio.

Por esta razón, uno de los principales objetivos de nuestro trabajo es dar a conocer las actuaciones que se han realizado y se siguen llevando a cabo en estos “centros escolares” inmersos en las instituciones hospitalarias para garantizar los derechos de los escolares enfermos y convalecientes. Realidades que debemos divulgar a toda la comunidad educativa y a toda la sociedad, para que conozcan y sepan que cuando los alumnos tienen necesidad de ser hospitalizados pueden contar con una atención socioeducativa que evite su marginación del sistema educativo.

El presente trabajo pretende ser la culminación de una idea que desde hace mucho tiempo teníamos en nuestra mente. Siempre hemos pensado que cada uno de nosotros, allá donde desempeñemos

la actividad profesional, disponemos de una experiencia que puede aportar aspectos enriquecedores para otros compañeros profesionales que desarrollan actividades similares. Nuestro trabajo, no puede estar limitado al espacio y a las situaciones de las aulas en que se desarrolla, sino que debemos sentir una cierta “obligación” que nos hace brindar las actuaciones realizadas, las metodologías acertadas, las consecuciones logradas, de tal modo que se ofrezcan conocimientos y teorías basadas en verdaderas situaciones de enseñanza-aprendizaje en instituciones hospitalarias y no en meras especulaciones teóricas.

El conocimiento de las experiencias desarrolladas por compañeros en sus entornos de trabajo, siempre va a suponer un enriquecimiento de nuestra actividad y nos va a permitir disponer de un mayor campo de visión de las situaciones que se producen en contextos semejantes.

Muy animados por estas ideas y después de muchas reflexiones, nos decidimos a plasmar este trabajo con la intención de que pueda ser útil a cuantas personas estén interesadas en el tema. Seguramente algunos compañeros se verán reflejados, en mayor o menor medida, al leer algunas de las situaciones que se exponen; nosotros hemos procurado describir e interpretar unas situaciones, producidas en unos contextos concretos, en unos momentos determinados y darles la interpretación que, desde nuestro punto de vista, más se ajusta a la realidad.

También nos parece interesante poder ofrecer este trabajo como recopilación, a modo de documento histórico, de la creación y funcionamiento de las aulas hospitalarias en Castilla y León, durante estos más de veinte años, repletos de grandes cambios tanto a nivel educativo como sanitario.

Nuestra situación profesional actual como profesora de aula hospitalaria, se ha ido forjando a lo largo de una dilatada trayectoria donde se han ido sucediendo episodios y etapas que, de una u otra manera, han ido contribuyendo, y creemos que enriqueciendo,

nuestra capacitación para el desempeño de las funciones que tenemos encomendadas. La situación actual, no deja de ser por tanto, el resultado de un proceso cuyo inicio podemos situarlo a mediados de los años setenta, cuando iniciábamos los estudios de Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección de Pedagogía en la Universidad de Salamanca, porque a pesar de nuestra juventud, ya veníamos sintiendo gran atracción por el campo de la educación, y más aún por las actuaciones educativas en diferentes ámbitos, la Pedagogía especial y la Orientación escolar.

Después de desempeñar tareas profesionales relacionadas con la Orientación escolar y profesional, pasamos a trabajar en el campo propiamente educativo, en varios centros escolares y en diversos niveles.

En el año 1985, tras el acuerdo logrado entre la Administración Educativa y la Administración Sanitaria, se crea el aula hospitalaria del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y se establece dotarla, mediante Concurso, de un profesor titulado en Pedagogía; y es así, dadas las circunstancias y los requisitos precisos, por lo que pasamos a desempeñar nuestra actividad profesional en dicha aula hospitalaria.

A partir de ahí, nuestra vinculación con la atención educativa al alumno hospitalizado ha sido y sigue siendo permanente. Desde nuestros inicios, hemos asistido, participando y colaborado, en prácticamente la totalidad de Jornadas y Congresos que se han venido celebrando a lo largo de todos estos años, como ya se muestra en nuestro Trabajo de Investigación Tutelado, *La Pedagogía hospitalaria a través de la evolución de sus Jornadas.(1986-2006)*; también hemos sido coautores en publicaciones de carácter médico-pedagógico, así como ponentes en actividades formativas del profesorado, socios de HOPE (Organización de Pedagogos Hospitalarios en Europa), colaboradores con Asociaciones de protección a la infancia, etc.

Está claro que son múltiples los aspectos a tratar para plasmar en un trabajo riguroso y serio cuanta información sea necesaria para lograr el objetivo de nuestra tesis: dar a conocer una realidad educativa especial, en toda su complejidad y sus cambios.

De este modo, los apartados que trataremos, abarcan aspectos como: los orígenes y antecedentes de las aulas hospitalarias, su regulación legal y administrativa; características de los planes educativos llevados a cabo; características del alumnado hospitalizado; ámbito de coordinación de las aulas hospitalarias con la Administración educativa y sanitaria, entre aulas hospitalarias, con tutores del centro de procedencia, etc. ; recursos didácticos, horarios y desarrollo del plan de trabajo; actuaciones y colaboraciones con diversas Organizaciones; utilización de los medios informáticos y las Tics; la atención domiciliaria y las nuevas unidades de Salud mental.

Está pues definido el objeto de nuestro trabajo. También las causas de su elección y por supuesto los límites del mismo, con su evolución en los últimos años.

En este trabajo primero pretendemos describir, para luego analizar e interpretar. La mera vertebración de datos documentales, no basta. Habrá que insertar los hechos, la problemática, en el conjunto de los fenómenos humanos. Presentar unas actuaciones, unas instituciones, sin referirlas a unos momentos socioculturales, económicos, demográficos, puede parecer abstracto, descontextualizado, puesto que forma parte de un sistema que evoluciona.

Las instituciones hospitalarias de Castilla y León que son objeto de nuestro trabajo y donde se vienen llevando a cabo actuaciones educativas en estos más de veinte años y por tanto que centran nuestro interés son:

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles de Ávila, Hospital General Yagüe de Burgos, Hospital Princesa Sofía (actualmente Complejo

Asistencial Universitario) de León, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Hospital General de Segovia, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Hospital Pío del Río Hortega de Valladolid.

De cada hospital trataremos de perfilar su origen y concretar su realidad de modo que, por un lado, podamos aprehender su singularidad y por otro, obtener una visión de conjunto del “sistema escolar hospitalario” en nuestra Comunidad, en este periodo de tiempo.

Es obvio que los datos y resultados presentados en el año 2006, en nuestro TRIT, no pueden ser ignorados, considerándolos de gran utilidad en el presente trabajo, dado que estas Jornadas, siempre han significado para los profesionales de aulas hospitalarias, un punto de encuentro enriquecedor para su actividad pedagógica, con aportaciones innovadoras e intercambios de experiencias atractivas. Estos encuentros sirven de resorte unificador de actuaciones diversas, llevadas a cabo en puntos diferentes de nuestra geografía.

Consideramos pues de suma importancia, la realización de un estudio que sea capaz de aportar información sobre la trayectoria y situación actual de las aulas hospitalarias, además de contribuir a las posibles reformas o planteamientos nuevos en las instituciones hospitalarias.

Con esta investigación pretendemos analizar la importancia que estas aulas hospitalarias tienen tanto para el alumnado hospitalizado, como para la familia. También queremos comprobar el interés que tienen, tanto a nivel de posibilidad de continuidad de curriculum escolar como de apoyo psico-afectivo-social.

Con el presente trabajo intentamos de algún modo también continuar con una labor de recogida de actuaciones más sistematizadas, conclusiones contundentes y propuestas que contribuyan a mejorar el campo de la Pedagogía hospitalaria.

Entonces, podemos decir que pretendemos realizar con orden y rigor, una aproximación a la situación real de las aulas hospitalarias, que surgieron para desempeñar una gran labor en el campo educativo, y lo haremos desde tres direcciones:

En primer lugar, analizando el funcionamiento de estas aulas, en sus diversos aspectos. En segundo lugar realizando aportaciones y propuestas de mejora que puedan ser útiles y finalmente, colaborando con las conclusiones que puedan extraerse de la investigación, con el fin de contribuir a la mejora de todos aquellos aspectos susceptibles de ello.

La estructura del estudio en el que se recoge el trabajo desarrollado y realizamos nuestra aportación al campo objeto de nuestra investigación, comprende tres partes:

La Primera, es la correspondiente a los Fundamentos teóricos de la investigación, que abarca el Capítulo I, referido a la Pedagogía hospitalaria, donde abordamos los planteamientos que lo justifican, los aspectos en los que se fundamenta, intentando darle consistencia: desde la comprensión del concepto de Pedagogía hospitalaria, para llegar a una definición clara, que delimite su campo de actuación, hasta los antecedentes históricos como base de nuestro proceder y los trabajos e investigaciones más recientes, que gozan de un merecido prestigio, por su trayectoria profesional. De todos ellos hemos extraído los datos que nos han parecido más interesantes y manifestamos aquí nuestro reconocimiento y valoración por todo aquello que nos han podido aportar, pues siempre todo avance, por pequeño que sea, supone un ir hacia adelante y evitar el estancamiento. De este modo, nuestro trabajo no representa, debemos reconocerlo, más que una pequeñísima aportación a todo lo realizado, y una base, deseamos que así sea, para otros estudios que puedan seguirse realizando.

En el Capítulo II, analizamos en primer lugar las aulas hospitalarias; la evolución del marco legislativo de atención educativa al alumnado hospitalizado, tanto a nivel internacional, como nacional y de nuestra Comunidad de Castilla y León.

El segundo apartado se centra en la respuesta educativa desde las aulas hospitalarias. Hace referencia a las aulas hospitalarias y su implantación en diferentes países de Europa e Iberoamérica, así como el establecimiento de las mismas en nuestra Comunidad y por tanto, de acuerdo con el objeto de nuestra investigación, es obligado presentar una reseña histórica de las instituciones hospitalarias de Castilla y León que cuentan con aula hospitalaria

La segunda parte, la dedicamos al planteamiento y desarrollo de la investigación. Se aborda en el Capítulo tercero, el diseño de la investigación, siguiendo un determinado criterio organizativo. Desde los planteamientos de la metodología cualitativa, en los diferentes apartados, argumentando el método a utilizar, se plantea el problema y todo lo referido a la búsqueda de respuestas para algunas cuestiones que se pretenden aclarar, objetivos que perseguimos, elección de estrategia adecuada, el contexto en el que se desarrolla, las fuentes de información, recogida de datos y análisis de los mismos.

Hemos de constatar que las informaciones se han presentado muy ricas y abundantes, y por tanto son numerosas las variables, que se han clasificado en categorías para el análisis de datos y las valoraciones oportunas.

La tercera parte, se centra en el Informe de la investigación, que en su Capítulo cuarto recoge los resultados, las conclusiones a las que hemos llegado una vez analizados e interpretados los datos, en las que se pretende sintetizar de manera clara y concisa los aspectos más relevantes de la investigación. Además de las conclusiones y diríamos como consecuencia, presentamos también algunas propuestas.

Nuestra investigación se completa con una bibliografía sobre los temas de nuestro trabajo, así como con aquellos documentos utilizados en la investigación, que se presentan ordenados en el Anexo.

PRIMERA PARTE

**FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA
INVESTIGACIÓN**

CAPÍTULO I

LA PEDAGOGIA HOSPITALARIA

CAPÍTULO I. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

1. CONCEPTO DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.

La Pedagogía hospitalaria está considerada como una parte de la Pedagogía, cuyo centro de atención es el alumno hospitalizado. El escolar hospitalizado constituye por tanto, su núcleo, su objeto, su ente principal de estudio, investigación y dedicación.

Comprende el conjunto de medios puestos en acción para lograr la formación integral y sistemática del niño enfermo y convaleciente, cualesquiera que sean las circunstancias de su enfermedad, en edad escolar obligatoria, a lo largo de su hospitalización. Además de pretender la continuidad del aprendizaje curricular del escolar hospitalizado, la Pedagogía hospitalaria busca una atención-formación emotivo-afectiva, que favorezca la normalización de las vivencias propias de la etapa evolutiva del alumno frente a la dolencia, así como actuaciones dirigidas al campo de la prevención.

La Pedagogía hospitalaria surge en el contexto de las instituciones hospitalarias por unas necesidades que el personal específicamente sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) no puede atender. Estas necesidades las podemos clasificar en:

Necesidades propiamente pedagógicas, escolares: de aprendizaje, de continuidad con el currículo escolar.

Necesidades bio-psicológicas, afectivas: de adaptación al hospital, de cuidado afectivo, control de emociones, atención a la persona durante la estancia, etc.

Necesidades sociales, de relación: de no ruptura y mantenimiento de su mundo de relaciones, familiares, de amigos, etc.

En esquema veríamos:



Figura 1: Necesidades atendidas por la Pedagogía hospitalaria

La Pedagogía hospitalaria aparece pues, para dar una respuesta a las necesidades educativas, psicológicas y de relación que son concomitantes a la necesidad sanitaria que presenta el escolar hospitalizado y que ya está cubierta por la atención médica prioritaria, como es lógico, en el centro hospitalario.

En la Pedagogía hospitalaria concurren estas dos necesidades, las educativas y las asistenciales, por lo que se necesita una acción interdisciplinar. Además la Pedagogía hospitalaria, por su ubicación se ve abocada a participar en tres campos, a relacionarse con ellos y a compartir actuaciones. Estos tres campos son lógicamente, el propiamente pedagógico, el psicológico-social y el sanitario o médico.

En esquema, así:

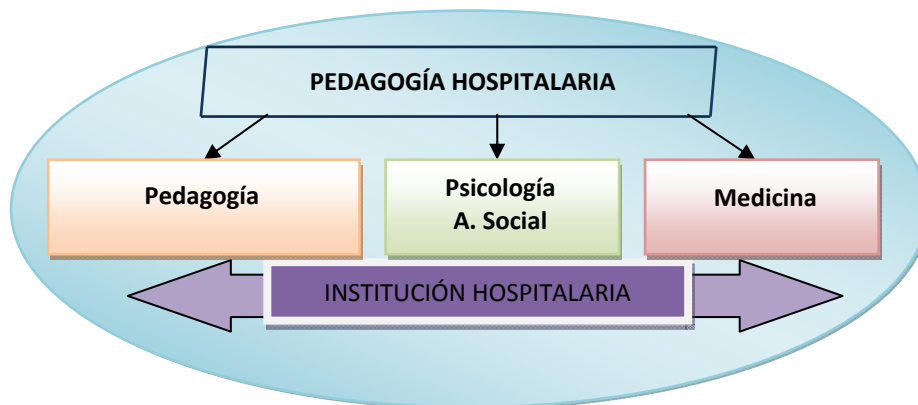


Figura 2: Campos de relación de la Pedagogía hospitalaria

De lo dicho hasta ahora se pueden deducir las actuaciones que se plantea la Pedagogía hospitalaria que agrupamos en los siguientes apartados:

Una actuación formativa, interviniendo la actuación pedagógica en relación con la perspectiva médica. Es decir, la que está encaminada a lograr el perfeccionamiento integral de la persona aun en situación extraña, como es la de la hospitalización. Pretende la comprensión y aceptación de la situación “nueva”, “excepcional”, con intención de superar limitaciones y dar continuidad al proyecto personal. Está muy relacionada la tarea con la actuación en el campo sanitario y médico, implicando actuaciones complementarias.

Una actuación a nivel instructivo o didáctico, de intervención propiamente pedagógica. La que se basa en las tareas de enseñanza y aprendizaje necesarias para recuperar, mantener y facilitar la continuidad con el currículo y en proseguir con las actividades propiamente escolares y de formación. Es importante en ella la relación con los centros de origen.

Una actuación psicológica y social, que se encarga de la atención a lo largo de todo el periodo de hospitalización; del estado anímico,

de los miedos y temores, de las situaciones familiares, para procurar la mejor adaptación a la nueva situación, evitando ansiedad y estrés en lo posible, y colaborando plenamente con la labor psicológica y de trabajo social.

Teniendo en cuenta que estas actuaciones, son complementarias entres sí, podemos profundizar un poco más y decir:

1. *La actuación propiamente formativa.*

Tiene como objetivo principal la ayuda al *autodesarrollo de la persona*. Debe establecerse en el acuerdo tácito de actuación entre el médico y el pedagogo o profesor hospitalario. Mediante la comunicación con el alumno hospitalizado, con la familia, se debe procurar que no se relajen o abandonen los proyectos de la propia vida, sino por el contrario que se refuercen para darles continuidad. Favorecer la capacidad de autonomía, evitando el concepto de ser dependiente, de inutilidad que a veces parece inherente al concepto de enfermedad. El niño debe ser ayudado a que tome decisiones acertadas, aunque sean mínimas, que mantenga su actitud de esfuerzo, a que vaya consiguiendo sus metas.

Otro aspecto que se debe considerar es la ocupación del tiempo de hospitalización, teniendo en cuenta las necesidades del escolar y estableciendo correctamente la ocupación de los tiempos. Se fijarán: tiempos de actividades propiamente de tratamiento médico y tiempos de ocupación en tareas útiles, formativas por un lado y lúdico-recreativas por otro, complementadas con tiempos de relajación y distracción que son fundamentales, así como un tiempo importante de intimidad del escolar y la familia. Se trata de mantener la voluntad y el espíritu de aprendizaje.

2. *La actuación instructiva:*

Lo instructivo, lógicamente, está directamente relacionado con el currículo escolar. Es decir, se trata de que el niño o adolescente en edad escolar, no pierda la continuidad que el proceso escolar exige.

El objetivo, pues, es claro: mantener y potenciar los hábitos propios de la actividad intelectual y de aprendizaje cultural y social, a través de las actividades desarrolladas por los maestros y educadores de los centros hospitalarios y dar continuidad en lo posible a la dinámica establecida en el centro de origen.

3. *La actuación psicopedagógica y social:*

Estas actuaciones tienen como objetivo fundamental la adquisición de aprendizajes directa o indirectamente relacionados con el mantenimiento y cuidado de la salud psíquica y su prevención, de una parte, y de otra, el logro de una continuidad, sin rupturas, en las relaciones del alumno hospitalizado con su familia, amigos, compañeros, etc.

En los casos en que el diagnóstico médico es ambiguo y no se tiene una explicación orgánica directa, se puede sospechar que el problema es susceptible de intervención psicopedagógica. Así pues, a veces la intervención psicopedagógica es necesaria y complementaria a la atención médica, e incluso en algún momento, puede evitar pruebas clínicas.

En definitiva se trata de cómo organizar y diseñar la Pedagogía en el espacio hospitalario, atendiendo a todos los factores que este contexto implica.

El esquema sería:

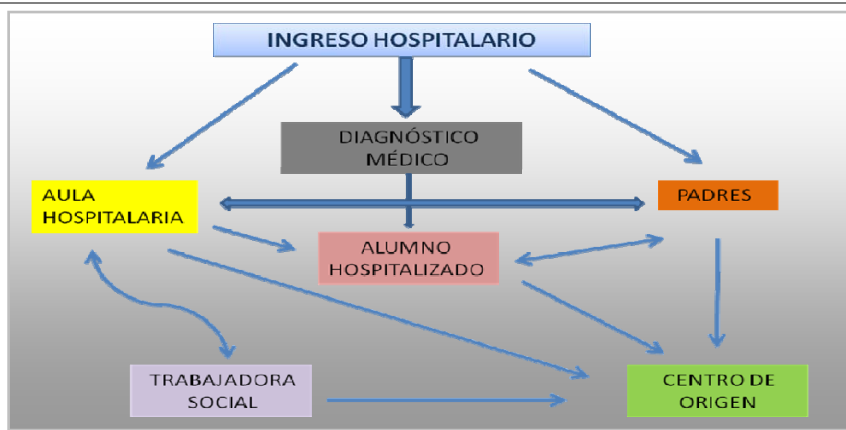


Gráfico 1: Organigrama de factores implicados en la Pedagogía hospitalaria

La Pedagogía hospitalaria constituye un modo especial de entender la Pedagogía. Se encuentra orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo.

El contexto en el que se imparte cualquier aprendizaje en el que se ejerce la función educativa no es algo trivial. El hecho de enseñar unos determinados contenidos en el contexto hospitalario, tanto por los contenidos mismos que se imparten como por el modo de hacerlo, hace que la Pedagogía resultante, la Pedagogía hospitalaria, cumpla una función nuclear y vertebradora de toda una experiencia de enseñanza que tiene en sí misma un ámbito propio y una significación específica, muy distinta y diversa de cualquier otro quehacer pedagógico.

Podemos decir que la Pedagogía hospitalaria, se ofrece como:

- Pedagogía *vital*, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a

- quien la padece, transformando el sufrimiento en aprendizaje (Lizasoáin, 2000)
- Pedagogía *compensadora*, de un déficit de salud. Intentando suplir las carencias ocasionadas por la dolencia.
 - Pedagogía del *presente*, centrada en la situación de cada alumno hospitalizado o convaleciente.
 - Pedagogía *imaginativa* que implica el difícil arte de la improvisación creativa y de la exigencia diaria.
 - Pedagogía *psicológica*, educando en función de la enfermedad y del estado psicobiológico en que se encuentre.
 - Pedagogía *alternativa*, claramente diferenciada de una situación escolar “normalizada”, pero con idénticas propuestas.
 - Pedagogía *inclusiva*, abarca un colectivo con múltiples diferencias.
 - Pedagogía *orientadora y social*, en cuanto colaboradora con el ámbito médico-sanitario, asistencia social, familia, otros educadores, etc.

Por tanto, la Pedagogía hospitalaria está más allá de la Medicina y más allá de las Ciencias de la Educación, allí donde la reclaman la dignidad y la solidaridad del niño enfermo-hospitalizado y de su contexto familiar. Sin renunciar a los contenidos específicos de la educación, va más allá de ésta.

Actualmente, las administraciones educativas de España consideran la Pedagogía hospitalaria inserta en la Educación Compensatoria, con sus peculiaridades, es cierto, pero con la intención de paliar las desventajas educativas de los niños y adolescentes enfermos, accidentados y convalecientes, así como la discriminación que esto supone frente al resto de los alumnos.

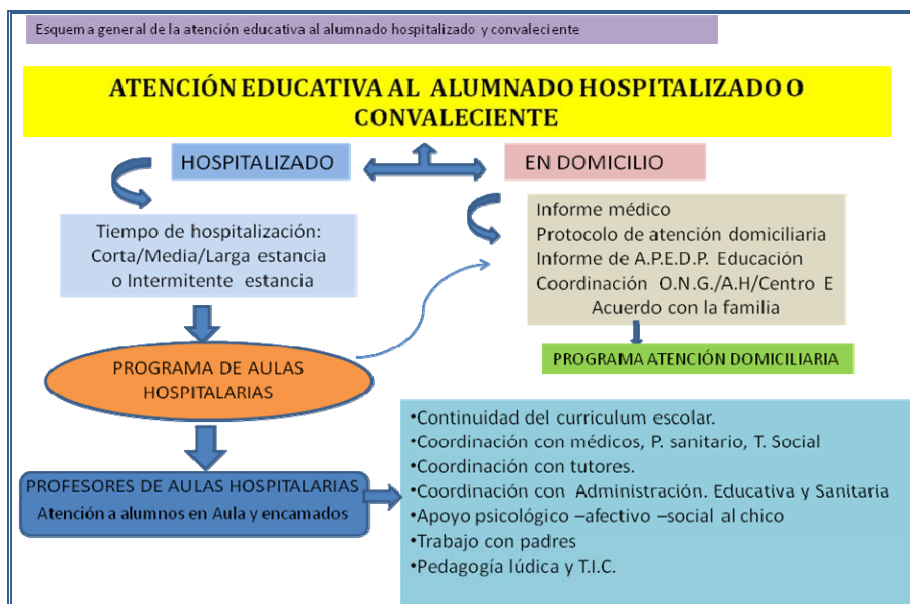


Gráfico 2: Entramado de la atención al alumno hospitalizado y convalciente.

La atención a los niños hospitalizados es una labor compartida de padres, profesores, personal médico-sanitario y a veces, trabajador social.

Para ello ha de establecerse una buena comunicación entre la familia, el aula escolar y el centro hospitalario. Cuanto más pronto se incorpore el niño enfermo a la escuela, antes recobrará su equilibrio y menos serán las secuelas o cambios emocionales que en ocasiones puede producir una dolencia o accidente.

Los médicos deben ofrecer a los profesores una información específica relacionada con la situación del niño y la conveniencia de asistir al aula escolar, si consideran que está en condiciones para ello; asimismo, han de valorar cómo los tratamientos afectarán a la asistencia a la escuela y planificar su actuación.

Los padres constituyen el apoyo más estable de sus hijos en el hospital y en el colegio, por ello necesitan tener un conocimiento

exacto del estado de su hijo y ser orientados por los profesionales para asumir su responsabilidad en la educación y tratamiento del mismo.

Los profesores han de organizar la actividad escolar, los apoyos necesarios, realizar las adaptaciones curriculares y conseguir la aceptación del niño enfermo por sus compañeros, basándose en una evaluación cuidadosa de los efectos de la enfermedad y de los tratamientos en el funcionamiento académico y cognitivo de los niños.

El trabajador social, siempre que sea necesario, colabora en el proceso de hospitalización facilitando la información precisa tanto a la familia, como al personal médico y a los profesores.

Mientras el niño esté hospitalizado, y su estado lo permita, se llevará a cabo el trabajo escolar en el aula hospitalaria o en la habitación. Su objetivo es continuar, en la medida de lo posible, el proceso educativo, siendo los objetivos de las aulas hospitalarias, en síntesis los siguientes:

- Favorecer el desarrollo global del alumno.
- Evitar la marginación escolar y social.
- Compensar las deficiencias derivadas de la enfermedad.
- Disminuir el temor, el estrés.
- Relajar al niño.

Como este tipo de educación es absolutamente personalizada y los alumnos son de múltiples niveles, en el aula escolar hay que trabajar diferentes ejes temáticos, de acuerdo al curso de cada escolar. Podemos fijar los objetivos específicos que se pretenden alcanzar en tres ámbitos:

- Ámbito escolar:

1. Mantener o recuperar hábitos de trabajo intelectual.
2. Realizar seguimiento de las tareas escolares siempre que el tiempo de estancia en el hospital y las condiciones lo permitan.
3. Contribuir a mejorar sus habilidades intelectuales y sociales.
4. Fomentar la responsabilidad y la autonomía del niño en el medio hospitalario.

- Ámbito psico-afectivo y social:

1. Apoyar emocional y afectivamente al niño.
2. Ofrecer cauces de comunicación con los adultos y otros niños.
3. Proporcionar un ambiente relajado y agradable.
4. Organizar los recursos necesarios, en el contexto educativo, para su atención integral.
5. Ofrecer a la familia atención emocional, para que transmitan al niño una sensación de seguridad.

- Ámbito lúdico-recreativo:

1. Promover actividades recreativas y actividades académicas, ya que ambas persiguen un fin educativo.
2. Realizar prácticas de juego que desemboquen en el esparcimiento y la diversión y desvíen la atención del niño de la situación negativa en la que se encuentra.
3. Desarrollar actividades lúdicas que fomenten el equilibrio emocional.

4. Crear un ambiente en que, a través del juego el niño se manifieste su espontaneidad

Cuando el médico decida que el niño reciba el alta hospitalaria, pero aún tenga que permanecer en su domicilio un tiempo, mínimo de un mes, sin poder asistir a su centro escolar de referencia, será necesaria la atención escolar domiciliaria, es decir que un profesor, se desplace al domicilio para continuar, en la medida de lo posible, el currículo escolar, en colaboración con el aula hospitalaria y con el centro educativo de referencia de acuerdo con la normativa y desde 2009, según lo establecido en la Orden EDU/1169/2009, de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León (BOCYL de 29 de mayo de 2009). Ver Anexo 1c.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS (PEDAGOGÍA HOSPITALARIA)

Partimos del concepto de Pedagogía hospitalaria, como disciplina que comprende el conjunto de medios puestos en acción para llevar a cabo la formación integral y sistemática del chico hospitalizado y convaleciente, en edad escolar obligatoria, a lo largo del proceso de su dolencia.

En la actualidad, la escolarización y la atención sanitaria a la infancia son derechos consolidados en España, y en múltiples países, pero todos sabemos que no ha sido así siempre y que antes de llegar a esta situación, ha tenido que transcurrir un proceso largo y complejo. Efectivamente, hoy podemos decir que la situación de la Pedagogía hospitalaria y, por consiguiente, la actuación educativa en los hospitales se encuentra en un momento ciertamente importante, ya que son pocos los hospitales que no cuentan en sus secciones de Pediatría con un aula hospitalaria.

Con visión retrospectiva, diremos que los niños, junto con las mujeres y los ancianos fueron durante siglos, sectores poco protegidos, carentes de cuidados.

En la Edad Media, surgieron instituciones asistenciales y hospitalarias, atendidas por órdenes religiosas, que apelaban a la caridad para atender a los pobres y enfermos.

En el siglo XVI, en una Europa renacentista, surge la burguesía urbana y el Humanismo, extendiéndose la idea de que la ayuda a los necesitados es misión de la comunidad y no de la Iglesia. Surgen hospitales, promovidos por reyes y benefactores.

Durante los siglos XV y XVI, podemos decir como ejemplo concreto en nuestra Comunidad, que había en la ciudad de Ávila numerosos centros hospitalarios (alrededor de una veintena) que fueron promovidos principalmente por instituciones eclesiásticas y por cristianos particulares. Este número tan elevado de instituciones benéficas en esta ciudad se debe a que durante estas centurias Ávila conoció un período muy floreciente, tanto en los aspectos político y militar como religioso y artístico.

La creación de los hospitales son un claro exponente de la religiosidad de la época, encaminada a la realización de obras de caridad con el prójimo necesitado; por ello, el Cabildo Catedralicio comenzó a erigir "hospitale", "casas de hospes" (huéspedes), o peregrinos. Éste es el origen de los llamados "hospitales" que, en un principio, no eran casas de enfermos sino más bien centros destinados para acoger a los necesitados: pobres, peregrinos, enfermos..., es decir, gente sin albergue.

Asimismo, no debemos dejar de mencionar la fuerte influencia que tuvo la presencia de musulmanes y judíos en esta ciudad castellana en el desarrollo de los centros hospitalarios. Ávila fue asimilando los conocimientos y preocupaciones para la cura de

enfermedades que poseía la comunidad judeo-musulmana, que representaba un número muy crecido en nuestra ciudad.¹

En general, durante los siglos XVII y XVIII, con una situación económica delicada, no prima en las instituciones hospitalarias y hospicios, el carácter médico sino más bien un interés económico, social y religioso o moral.

Es en el s. XVIII aparecen ciertas personalidades y trabajos que impulsan el cuidado de la salud y de la vida de los niños: Rousseau (su obra), J.P. Frank (higiene escolar y salud pública), E. Jenner (vacuna contra la viruela), Pestalozzi (pedagogía)

En este siglo XVIII, las autoridades civiles comienzan a asumir la responsabilidad hospitalaria. En España están presentes en esos años las inclusas y los hospicios de desamparados. En los años 1780 y 1781, se promulgan en España los primeros programas o proyectos de educación, de enseñanza obligatoria. El XVIII es el siglo también de la reflexión pedagógica sobre la educación de las niñas. La Ilustración cree en la Pedagogía. Se la reviste del poder de modelar un ser social nuevo. La escuela elemental, surge como intento de educación popular, de escuela gratuita. Las personas piadosas y de caridad, ganadas para la filantropía se preocupan por proporcionar un marco institucional a las niñas y niños de las calles, en un intento de responder a la obligación de la acción benéfica pública.

Se inicia a la vez el periodo de la institucionalización especializada de las personas con deficiencias. Podemos decir que a partir de ahí surge la Educación Especial (Bautista, 1991). Los centros específicos se construyen en las afueras de las poblaciones, promulgando que el campo proporciona a los minusválidos y deficientes una vida más sana y alegre, pero en el fondo con la idea de apartar a “los no normales” de la vida social.

¹ Según la Reseña histórica de la web: <http://www.salud.jcyl.es/hospitales>

En el siglo XIX, en Europa se produce el auge de las primeras revoluciones industriales que despoblaron el campo y alimentaron las fábricas y las ciudades con grandes masas de población rural. Este crecimiento acelerado produjo barrios periféricos de viviendas pobres, insanas, donde las enfermedades se extendían con rapidez. Pese a ciertos avances médicos del siglo, los niveles de mortandad eran altos y más aún los referidos a la población infantil. En España, al igual que el resto de Europa, el siglo XIX estuvo marcado por el hambre, las penurias económicas y las epidemias.

Para mejorar algo esos graves problemas sociales, se llevaron a cabo actuaciones encaminadas a mejorar la atención y cuidado de los niños, en forma de asistencia social y promulgación de leyes. En España, La Ley General de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como Ley Moyano, trajo la obligatoriedad de la escolarización elemental para todos los españoles, (aunque con modelos de instrucción diferentes, según el sexo) y también estableció la creación de escuelas para niños sordos.

Por otro lado, el siglo XIX marcó el nacimiento de la Pediatría contemporánea. Se produjeron avances científicos, descubrimientos importantes que llevaron a un desarrollo espectacular de esta especialidad médica. Pero el cuidado de la infancia exigía aún un paso más: la creación de Hospitales Pediátricos (Jiménez y Ollero, 2002).

Surgieron los Hospitales Pediátricos. Había habido alguna experiencia pionera como fue el caso del primer centro de asistencia destinado al niño enfermo creado por Mastalier en Viena en 1787, pero el centro hospitalario que marcó realmente el inicio de la nueva Pediatría fue “l’Hôpital des Enfants Malades”, fundado en París en 1802. La creación de hospitales infantiles en Europa continuó y en 1850 diversas ciudades europeas (San Petersburgo, Viena, Moscú, Praga, Turín, Berlín, Múnich...) contaban con centros pediátricos que fueron generalizándose a partir de esa fecha (Jiménez y Ollero, 2002)

Una década después, comenzaron a definirse las bases de la especialidad pediátrica en España. Se crearon centros de hospitalización infantil. En 1876 se fundó en Madrid el primer hospital dedicado exclusivamente a la atención pediátrica: el Hospital del “Niño Jesús” y, en años posteriores, otros en toda España. (De Arana, 1994).

El paso del siglo XIX al XX viene marcado por la publicación, en el año 1905, de la primera escala para la evaluación de la inteligencia en Francia. Fue un punto de partida importantísimo el que Binet elaborara un instrumento para diferenciar a los niños que eran susceptibles de recibir educación y los que no. Luego los test de Binet-Simon tuvieron la revisión de Stanford y adaptaciones sucesivas contribuyeron al desarrollo de la Psicología evolutiva, de gran utilidad para la Pedagogía.

Aparecieron, pues, las primeras distinciones entre la deficiencia y la discapacidad. La deficiencia continúa siendo un problema médico, de origen orgánico basado en el individuo que debe ser tratado. La discapacidad se considera resultado de la deficiencia (Bonasso, A., Forselledo, A., Pérez Morgan, B. 2001)

Puede hablarse de que en la primera mitad del siglo XX se asientan las bases de una atención médica, psicológica, educativa y social a la infancia.

María Montessori, en Italia, es exponente de la colaboración médico-psicopedagógica, al percibir que la recuperación de ciertos niños deficientes no iría por la vía médica sino educativa. Ovidio Décroly, es otro ejemplo de esa necesidad de colaboración de la Medicina y la Pedagogía.

En España en 1900 se celebró el primer congreso de protección a la infancia, donde se propusieron medidas legales de amparo al niño. En 1904, por iniciativa del Dr. Manuel Tolosa Latour, se promulgó la primera ley de protección a la infancia.

Al finalizar la Primera Guerra Mundial se crean, dentro de la política de prevención contra la tuberculosis, las que pueden considerarse precursoras de las aulas hospitalarias: "las Escuelas al aire libre" o "Escuelas de Pleno Aire". La primera de estas escuelas empezó a funcionar en 1926 en Francia. Estos establecimientos más que hospitales se consideraban "pensiones-escuelas", ya que al mismo tiempo que se aislaba al enfermo, se le educaba para impedir recaídas y convertirse en personas útiles para la sociedad y la lucha antituberculosa (Lobo, 2002)

A comienzos del siglo XX, se sacó a las madres de los hospitales, para intentar proteger al niño de las infecciones que se suponían procedentes del exterior. En la década de los cuarenta, este tema es investigado por René Spitz, quien describe este síndrome como: "el deterioro progresivo que aparece en los niños hospitalizados desde los primeros días de su vida y que no puede atribuirse ni a infecciones ni a deficiencias higiénicas, sino a la propia reclusión en el centro hospitalario".

Se deja sentir el efecto de ese aislamiento del niño hospitalizado y se habla de síndrome concreto a que da lugar. Se entiende por síndrome de hospitalismo a todas aquellas reacciones emocionales y conductuales que puede sufrir un niño que precisa ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa. Se necesitaron algunos años para que, finalmente en la década del 70, se otorgaran grandes facilidades de acceso, permanencia y participación, no sólo a la madre sino a toda la familia, en los hospitales pediátricos.

Cuando termina la Segunda Guerra Mundial aparecen los primeros puestos docentes en los hospitales franceses, y en 1965 se legisla la obligación de dar atención escolar a niños y adolescentes hospitalizados en casas de cura, casas de salud... de Francia, según Decreto de 23 de julio de 1965. (Taburno, 1999)

A mediados del siglo XX, en la postguerra, el Consejo de Europa aprueba el Convenio para la Protección de los Derechos

Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) que sirvió de pieza clave para establecer posteriormente la Convención sobre los Derechos de la Infancia (ONU, 1989), de extraordinaria importancia para la protección jurídica de la infancia (García, 2001). En España se producen avances también a favor de la infancia gracias a “la creación de la Sección de Higiene Infantil en la Dirección General de Sanidad (octubre de 1931); los Dispensarios Provinciales de Higiene Infantil (marzo de 1933); los Servicios provinciales de Higiene Infantil (marzo de 1935); la Ley de Sanidad Infantil y Maternal (julio de 1941); la enseñanza de la puericultura a las futuras madres, (diciembre de 1941); la Ley de Bases de Sanidad Nacional (noviembre de 1944)” (García, 2000).

Pero en el siglo XX España también sufrió guerras, hambre y epidemias. Durante la Guerra Civil los centros hospitalarios españoles tuvieron que atender a los heridos y víctimas preferentemente, lo que produjo un cambio en los hospitales infantiles creados en el siglo anterior, que se convirtieron temporalmente en hospitales de guerra, teniendo que atender, junto a los pacientes infantiles, a enfermos y heridos de guerra.

La pobreza, la desnutrición y el desastre económico que sufría España favorecieron en las siguientes décadas la aparición de brotes epidémicos, sobre todo en la población infantil. En la década de 1960 la epidemia de poliomielitis fue virulenta y causó graves secuelas. Ante el amplio número de afectados por esta enfermedad, emergió una conciencia social que favoreció la integración social de los discapacitados y el fortalecimiento de la educación especial. Para dar una respuesta a los niños de la polio, en España, se abren diferentes aulas hospitalarias destinadas a la atención educativa de esos niños y se crean como “unidades de enseñanza especial”.

La Pediatría española entra en una fase de rápido crecimiento y transformación, a la vez que se produce un impulso definitivo del concepto de Seguridad Social, gracias al cual se promovió la creación de nuevos hospitales en diferentes localidades.

En los años 80 en España se desarrolla un nuevo modelo del concepto de discapacidad, “el modelo Interaccionista o Estructuralista” que surge del principio de normalización desarrollado por Bank-Mikkelsen en Dinamarca y B. Nirje en Suecia. En 1959 se incorporaba a la legislación danesa el concepto de “normalización” entendido como “la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible” (Bautista, 1991)

Este concepto fue posteriormente desarrollado por Wolfensbergen en Canadá y se extendió por toda Europa y América del Norte. Se eliminan barreras sociales, políticas, etc. y en la praxis educativa se produce la integración de los deficientes. Así llegamos a la visión actual del discapacitado, en el que la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, lo redefine como sujeto de derecho.

En el año 1981 aparece en España una nueva enfermedad, en forma de gran brote epidémico y que fue denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Síndrome del Aceite Tóxico” (SAT). El Sistema Nacional de Salud tuvo que hacer frente a los problemas de casi 20.000 pacientes de diferentes edades, derivados de esta epidemia. Los niños y adolescentes veían paralizado su proceso educativo y por ello se procedió a la apertura de aulas hospitalarias.

En años posteriores los grandes avances terapéuticos, pero también la aparición de otras enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el despunte de enfermedades y trastornos psiquiátricos que requieren especial atención psiquiátrica a la población infanto-juvenil que los padece, han propiciado la evolución de la atención educativa a los niños y adolescentes enfermos. Además de las aulas hospitalarias, se han ido creando los Servicios de Apoyo Domiciliario, las aulas hospitalarias de Salud Mental o de Psiquiatría Infanto-juvenil y los centros de Día de Psiquiatría en las instituciones hospitalarias.

3. ESTUDIOS Y PUBLICACIONES REALIZADOS EN EL CAMPO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.

Para apoyar y completar nuestro trabajo hemos querido tener presentes datos e informaciones de trabajos relacionados con nuestro campo de investigación para conocer las aportaciones que se hacen desde cada uno de ellos y las conclusiones a las que llegan.

En el ámbito de la educación, de la Pedagogía, es fácil encontrar publicaciones, estudios o investigaciones que abordan múltiples y diversos factores relacionados con el proceso educativo. Desde aspectos puramente filosóficos o teóricos, hasta otros más relacionados con la formación de los docentes o la atención al alumnado. Podemos citar algunos recientes, entre otros muchos de temática similar, como: “Nuevos alfabetismos. Su práctica cotidiana y el aprendizaje en el aula” de Colin Lankshear y Michele Knobel, Ed. Morata, 2008; “Competencias básicas. Hacia un nuevo paradigma educativo” de Berta Marco Stiefel, Ed. Narcea, 2008; “La evaluación de la competencia léxica: Test de vocabulario. Su fiabilidad y validez” de Teresa López-Mezquita Molina, Tesis doctoral 2005, CIDE.; “La educación intercultural. Un reto en el presente de Europa” de Ana Carmen del Canto y otros. Ed. Morata, 2007; “Disfrutar la cultura desde la diversidad: propuestas para desarrollar la competencia comunicativa intercultural” de Valle F, R.E. Gútez, P. (coord.); “Tendencias actuales en la atención a las necesidades educativas espaciales”. Campo de Gibraltar: Fundación Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Grupo Editorial Universitario 2009 (35-54); “Necesidades educativas e intervención psicopedagógica”. De Sánchez Asín, A. Barcelona, EUB, 1996, etc.

Es relativamente fácil encontrar en el mercado tratados sobre la tutoría, la orientación, didácticas, metodologías, competencias, etc., pero aplicado a una relación de enseñanza-aprendizaje “normal”. También, son múltiples los tratados que abordan aspectos relacionados con la atención a la diversidad en sus diferentes concreciones, con la educación compensatoria, la superdotación o altas capacidades, etc. pero resulta más difícil localizar estudios o

investigaciones que aborden la intervención profunda con alumnado hospitalizado y su entorno.

A veces, encontramos artículos sobre aulas hospitalarias en publicaciones, que generalmente presentan breves pinceladas sobre la actividad en un aula hospitalaria o bien ponen el acento, en la vivencia escolar del alumno hospitalizado. Ver Anexo 6.

Algunos compañeros de trabajo, profesores de aulas hospitalarias, han plasmado en libros o publicaciones, las actuaciones concretas en el medio hospitalario. (Mejía, 2002).

Son bastantes los escritos que encontramos referidas a la Pedagogía hospitalaria llevados a cabo desde experiencias procedentes del campo médico y muchas veces desde la psicología, considerando la atención al niño enfermo como una actividad incluida en la Pedagogía terapéutica, (especial); otros textos presentan grandes teorías basadas en filosofías concretas. Existen trabajos y tesis doctorales que abogan por dar respuesta a la necesidad de la orientación a la familia del niño hospitalizado. (Fernández, 2001).

Los trabajos analíticos y experiencias sobre la escuela hospitalaria en España comienzan a conocerse por los años setenta, pero son los estudios del Dr. Toledo González los que inician un camino que continúan González Simancas, Polaino, Costa, Martínez Cabrujo, Lizasoáin, Ochoa y otros. En la actualidad el corpus de actas de las Jornadas de Pedagogía hospitalaria celebradas, es materia obligada de consulta para conocer la evolución de esta disciplina.

La profesora Ortiz, de la Universidad de Salamanca contempla la enfermedad como una necesidad educativa especial y al pedagogo hospitalario como un educador especializado que debe afrontar la compleja problemática derivada de la situación de enfermedad.

Siente ya implantada la figura del profesor hospitalario en las instituciones hospitalarias, por sus experiencias y trabajos con los mismos, y plantea la necesidad de abordar la formación de los

futuros profesores hospitalarios contando con las aportaciones de los que ya desarrollan su actividad en las aulas hospitalarias y desde la educación no formal en general o desde una atención a la diversidad en el contexto hospitalario.

Trilla (1996) plantea las áreas de actuación de la educación no formal incluyendo curiosamente contenidos, ámbitos y colectivos específicos como pueden ser la Educación sanitaria y la Pedagogía hospitalaria, lo que deja patente la relación entre la sanidad y la educación no formal.

En los años 90, los trabajos realizados sobre la educación y los niños hospitalizados, presentan por dónde van los intereses en este campo y, por tanto, cuáles son las necesidades detectadas y para las que es preciso dar unas respuestas adecuadas, aunque las dos directrices las marcan Polaino-Lorente (1990) al hablar de Pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica y González-Simancas (1990) al hablar de la Pedagogía hospitalaria desde la perspectiva educativa.

Tanto Polaino-Lorente como González-Simancas (1990), recuerdan cómo España sigue los pasos de otros países en el sentido de llevar a cabo acciones de ayuda a los escolares hospitalizados porque tienen necesidades que rebasan las posibilidades reales de ser atendidas por los profesionales de la sanidad.

Contamos con trabajos de investigación como el llevado a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, donde se evaluó la presencia de síntomas de ansiedad en los padres y la relación que ésta pudiera tener con la ansiedad manifestada por sus hijos (Serradas, 2002). El análisis de los datos puso de manifiesto que el 93,3% muestra ampliamente la intranquilidad y nerviosismo de los padres ante la enfermedad de su hijo, lo que conlleva a la necesidad de prestar algún tipo de orientación familiar dentro de la institución hospitalaria; sin embargo no parece producirse una transmisión de esa ansiedad de padres a hijos.

Las Comunidades autónomas plasman en diferentes publicaciones, los datos de las aulas hospitalarias y las actuaciones llevadas a cabo con los escolares hospitalizados.

Por su dedicación al escolar hospitalizado y por las investigaciones sobre el mismo, hay autores, de diferentes Universidades y centros hospitalarios, a lo largo de nuestra geografía, que se asocian irremediamente al campo de la Pedagogía hospitalaria, siendo obligada su referencia en toda Bibliografía sobre el tema. (Haller, 1987; Palomo, 1995; Ochoa, 1998; Fernández, 1999; Lizasoáin, 2000; Serradas, 2002, etc.)

Es de reseñar también como hecho destacable, estudios y trabajos de investigación en el campo de la Pedagogía hospitalaria, surgidos desde las propias vivencias dolorosas de la enfermedad y experiencias personales de los autores, que han llevado a presentar documentos y teorías con base en la observación de factores y comportamientos desarrollados dentro del contexto hospitalario.

Las investigaciones llevadas a cabo en áreas de conocimiento diferentes, principalmente artísticas (Proyecto Curarte), como el dibujo, el diseño, la creatividad, las TICs, aplicadas al contexto hospitalario, nos ofrecen, desde otras perspectivas diferentes, aportaciones concretas al campo de la Pedagogía hospitalaria. Ver Anexo 2 a.

Las Administraciones educativas y sanitarias, Organismos de Salud, también han creado documentos y textos que reflejan diversos aspectos de esta compleja realidad educativa, recogiendo pautas de ayuda. Ver Anexo 6 g y 1 g.

Las aportaciones de las Jornadas Nacionales de Pedagogía hospitalaria llevadas a cabo desde 1986 en España, como quedan recogidas en el Trabajo de Investigación Tutelado (TRIT), presentado en el año 2006, son importantes para el presente trabajo.

Es necesario conocer lo que previamente se ha estudiado con relación al tema, pues ello nos ayudará a enfocar nuestro trabajo,

situándonos dentro de un contexto más amplio en el que puedan ubicarse las conclusiones.

El trabajo que nos ocupa, apoyándonos en lo ya conocido y en la experiencia acumulada, quiere dar respuesta a unas cuestiones amplias sobre las actuaciones educativas concretas en las instituciones hospitalarias de la Comunidad de Castilla y León, con una metodología rica, para poder abordar con rigor la realidad de la Pedagogía hospitalaria.

También las Asociaciones y Fundaciones creadas para investigar sobre diferentes enfermedades, poseen publicaciones de rico contenido informativo sobre las mismas que incluyen aportaciones a veces de buenas prácticas escolares llevadas a cabo con alumnos hospitalizados y convalecientes. (FUNCOE, PYFANO, Save the Children, etc.)

4. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, EL ESCOLAR ENFERMO Y SU ÁMBITO FAMILIAR

Partimos de la premisa de que la Pedagogía hospitalaria intenta paliar, compensar, no sólo los efectos de la enfermedad en el escolar sino también en su entorno familiar contrarrestando, en lo posible, los efectos derivados de la permanencia en un medio no grato, desconocido y amenazante, por la confluencia de múltiples factores implicados y por la interacción de tantas fuerzas.

La enfermedad en el escolar, como en cualquier estadio de la vida de una persona, constituye un hecho innovador frente a la rutina de lo cotidiano, un acontecer que pone a prueba la fortaleza de su persona y de las relaciones familiares y de amistad.

El escolar al encontrarse con una experiencia nueva, como es la enfermedad, además de hacer frente a la dolencia que le afecta, debe asumir las posibles limitaciones que de ella se deriven, esforzándose en conseguir la continuidad de sus proyectos, tanto a nivel familiar

como escolar y social. Está claro que esta superación va a depender, en gran medida y entre otros múltiples factores, del tipo y gravedad de la dolencia, de la edad del escolar y del apoyo que reciba del entorno. Sólo en los casos de situación grave, el niño o joven va a encontrarse “con una restricción de las naturales disponibilidades para valerse por sí mismo, suscitando la dependencia, la soledad, la ansiedad, el aislamiento, en una palabra, las manifestaciones explícitas que se derivan de la limitación de la libertad y de la autonomía personales que aquella le impone” (Polaino: 2000 ,135)

Es muy posible que a raíz de un ingreso en un centro hospitalario, el escolar, cambie sus motivaciones y modifique sus valores, alterando el significado de los estímulos a los que está expuesto. Por consiguiente, la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del escolar a causa de la enfermedad, en casos de cierta gravedad y larga estancia, suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas en el futuro (Polaino, 2000). Algunos de esos rasgos son los siguientes: ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social, trastornos de crecimiento, problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades caracteriales, dificultades en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento que se le recomienda seguir, etc.

La mayoría de los niños y jóvenes que ingresan en un hospital están escolarizados. El aula escolar, junto con la familia, constituyen el medio natural donde ellos se desenvuelven. Y la escolarización es la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización. A primera vista, la idea que surge es de desconexión, separación de su ambiente de convivencia cotidiana, paréntesis en la formación educativa; en definitiva, nos asalta ineludiblemente la imagen de un niño o una niña convaleciente en una cama esperando, sin más, a que su salud le permita reorganizar su vida en todos los aspectos (Serradas, 2002).

La suspensión temporal de la escolaridad a causa del ingreso hospitalario supone la alteración en el ritmo de aprendizaje, lo que, probablemente, tendrá numerosas repercusiones a corto y largo plazo, que tal vez se agraven en algunos de los casos a consecuencia de las secuelas de la enfermedad que el pequeño padece y por los efectos secundarios de los tratamientos y de su impacto sobre sus capacidades de aprendizaje (Baysinger y otros, 1993). De ahí que en cuanto el criterio médico lo indique, la posibilidad de continuar involucrado en su “mundo escolar”, acudiendo al aula hospitalaria, paliará dichos efectos adversos.

Por otra parte, la enfermedad del escolar, sobre todo si es crónica o grave, actúa en los miembros de su familia como una agresión. Los padres del niño enfermo por lo general sufren tanto o más que él, sólo que en una forma distinta. La exposición de los padres a la enfermedad de un hijo o una hija en algunos casos ha ocasionado en ellos la presencia de perturbaciones emocionales con las que no se contaba, es el caso, por ejemplo, de las frecuentes crisis de ansiedad y/o de trastornos depresivos.

Parece que no es clara la transmisión de la ansiedad de los padres al hijo enfermo, según el trabajo llevado a cabo en la Universidad de Salamanca, lo que conlleva a rechazar la idea del contagio emocional (que señala que en muchos niños con padres ansiosos se observan mayores rasgos de ansiedad en su conducta); pero los síntomas de ansiedad en los padres existen.²

De otra parte, se debe valorar la presencia de los padres en el hospital como agentes generadores de seguridad en el escolar, y algunas alternativas educativas y/o soluciones dirigidas a paliar las influencias negativas generadas por la situación de enfermedad.

² Según el trabajo llevado a cabo en el Hospital Clínico Universitario y Hospital Virgen de la Vega de Salamanca: SERRADAS FONSECA, MARIAN; ORTIZ GONZÁLEZ, M^a DEL CARMEN y DE MANUELES JIMÉNEZ, JULIO. Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza*, 20, 2002, 243-258.

De lo dicho se desprende que la enfermedad en una persona afecta de forma inmediata a la persona que la padece, pero también a las personas que con el enfermo conviven. El modo en que estas últimas son afectadas es todavía mayor cuando se trata de un niño o joven.

La enfermedad incide no sólo en el bienestar psicológico del niño o joven sino también en el de toda su familia, a través de esa compleja multitud de variables sintomáticas, terapéuticas, emocionales y sociales que, poderosamente entrelazadas, impactan de forma casi determinante en los procesos de la dinámica y del funcionamiento de la vida familiar. La familia es considerada como el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño.

En la hospitalización pediátrica, la experiencia nos demuestra que cuando un niño o joven ingresa en el hospital, no se presentan solos –tampoco lo hace el adulto–, se presentan acompañados de otras personas que generalmente son parte de su familia: padres, hermanos, abuelos, tíos e incluso primos u otros niños. Junto al niño, siempre hay una familia o grupo de relación. Al atender por lo tanto a un escolar enfermo es imprescindible incluir a su familia en el proceso, puesto que ésta influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad (Attie-Aceves, 1995).

La situación de enfermedad y hospitalización lógicamente afecta de igual modo al resto de los miembros de la familia, cuando los hay. Ante la magnitud del problema representado por la enfermedad, casi toda la atención tiende a dirigirse al niño y, posteriormente, a los padres, como principales centros de interés y preocupación. Generalmente, los hermanos del pequeño paciente se ven fuertemente impactados, y no les resulta nada fácil la convivencia con un hermano o hermana enfermos.

Los hermanos del escolar enfermo se encuentran relegados del cuidado materno y paterno. Pueden sufrir al igual que el enfermo regresiones, comportamientos infantiles (no comer solos u orinarse

en la cama), agresividad contra el hermano enfermo, celos, rebeldía ante las normas, pero también sentimientos de abatimiento y tristeza, deseos de enfermar o morir. Estas posibles respuestas problemáticas son a su vez una importante fuente de estrés para los padres. En muchas familias, debido a la aparición de la enfermedad, los hermanos deben asumir más responsabilidades de las que les corresponderían por su edad o de las que hasta ese momento tenían, lo que puede dar lugar a ciertas dificultades si la situación se prolonga.

La falta de información que tienen sobre la enfermedad de su hermano o las condiciones en las que éste se encuentra les hace fantasear sobre la enfermedad. Es común que piensen que de alguna manera ellos son los culpables de esa enfermedad o incluso que sean firmes candidatos a padecerla o a morir, conservando en algunos casos estos sentimientos hasta en la edad adulta. En algunos hermanos se observa una disminución del rendimiento académico, con el consiguiente retraso escolar; aparecen también síntomas de tipo psicosomático, todo ello con el propósito de poder competir con el niño enfermo por el tiempo y energía que los padres le dedican.

Por otro lado, determinadas investigaciones apuntan hacia la idea de que los niños que tienen un hermano enfermo suelen ser más responsables, maduros y cooperativos, lo que tendrá un impacto positivo sobre su futuro funcionamiento psicosocial. Otros estudios muestran que los hermanos de niños enfermos tienen un buen rendimiento académico y una adecuada adaptación psicosocial, sugiriéndose que desarrollan estrategias hacia la compensación del dolor que sufre la familia o hacia un reconocimiento o atención semejantes al que recibe su hermano.

El diagnóstico de una enfermedad infantil grave, representa una crisis prolongada para toda la familia y requiere por parte de ésta una total readaptación ante diversos factores. La enfermedad tiene un importante impacto psicológico sobre los padres y hermanos del paciente pediátrico, y puede interferir sobre su

adaptación socio-emocional y su salud, tanto física como psíquica. Desde esta perspectiva, una enfermedad en cualquier miembro de la familia tendrá repercusiones sobre cada uno de los demás miembros, originando así un cambio en todo el sistema familiar. De modos distintos, aunque en cierto modo presente en todos ellos, cada uno de los miembros de la familia experimentará con diferentes matices un sentimiento de pérdida: de la salud, de la tranquilidad, de la sensación y percepción de control, de la capacidad de protección de los hijos, de la atención que recibían de otros miembros de la familia, de ciertos proyectos, de las relaciones sociales y de las actividades escolares, profesionales y recreativas.

Con el diagnóstico de una enfermedad y el posterior ingreso en el hospital, la dinámica cotidiana de la familia se ve alterada bruscamente; los roles familiares se ven interrumpidos y es necesario un reajuste de los mismos para que el equilibrio se produzca (Rodríguez y Zurriaga, 1997). Las reacciones en el momento en que se conoce un diagnóstico grave se manifiestan por lo general a través de sentimientos muy intensos de incredulidad, rabia, temor, culpa y dolor. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada al aislamiento y replegamiento de la familia sobre sí misma, cerrándose a todo apoyo que venga del exterior.

Los padres además se encuentran expuestos a estresores que generan intranquilidad e incertidumbre sobre su rol en el hospital y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores del cuidado en interacción con los modernos instrumentos terapéuticos, lo que provoca altos niveles de ansiedad que afectan negativamente al niño (Tomlinson y otros, 1996)³. Quiles y

³ El informe prevé que este tipo de enfoque en el aprendizaje inclusivo mejoraría la calidad de la experiencia de los estudiantes con dificultades o discapacidades, y de hecho, cambiar la cultura de los establecimientos educativos, centrándose en la planificación y el apoyo a las necesidades de las personas.

Pedroche (2000)⁴ hacen referencia a las principales preocupaciones parentales ante la hospitalización, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Principales preocupaciones parentales ante la hospitalización pediátrica.

<i>Cambios en el rol parental</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de los cuidados que precisa su hijo hospitalizado. • Desconocimiento de lo que deben y/o pueden hacer. • Sentimientos de inutilidad y falta de control.
<i>Preocupaciones sobre la enfermedad y los procedimientos médicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información acerca del tratamiento médico aplicado, sus riesgos, efectos secundarios, posibilidades de curación, etc. • Necesidad de seguridad acerca de la idoneidad de los cuidados.
<i>Ansiedad generada por el comportamiento del niño</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y ansiedad del paciente escolar. • Cambios en su comportamiento: mayor demanda de atención, comportamientos regresivos, etc.
<i>Trato con el personal sanitario</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación médico-paciente-padres. • Reacciones de paternalismo o de falta de interés.
<i>Preocupaciones relacionadas con la alteración de la rutina diaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desatención a los demás hijos. • Dificultades económicas. • Incumplimiento de las obligaciones cotidianas.

Fuente: Quiles y Pedroche (2000).

Se ha escrito mucho sobre las reacciones iniciales de los padres tras el diagnóstico de una enfermedad en el niño o la niña. Estas reacciones se consideran más como respuestas normales del proceso de adaptación que respuestas de carácter psicopatológico. (Polaino, 1996)

Las reacciones de los padres ante el descubrimiento de una alteración o enfermedad física en el niño o la niña se verán influidas por diferentes factores, entre los que destacan:

⁴ En este estudio descriptivo transversal se han examinado diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estancias breves.

- La severidad de la propia alteración.
- La naturaleza de los procedimientos médicos requeridos.
- Las expectativas puestas sobre el niño y la visión de sí mismos como padres.
- La naturaleza de las relaciones matrimoniales y las relaciones con los demás hijos.
- El temperamento del niño o niña.
- La incertidumbre sobre las implicaciones de la enfermedad y su impacto sobre el niño y la familia.
- El papel del entorno.
- La capacidad de organización familiar.
- Las ayudas médicas, psicosociales y educativas.

Se pueden observar además tres etapas bien diferenciadas en las reacciones de los padres ante el conocimiento de una enfermedad grave:

- En primer lugar, las respuestas que aparecen tras el diagnóstico incluyen un shock inicial acompañado de ira, rebeldía, reacciones de enfado e incredulidad.
- Le sigue un período de tristeza y desequilibrio psíquico. La mayoría de los padres se condenan a sí mismos y se acompañan de sentimientos de depresión, desesperanza y pérdida de control, complejo de culpabilidad y frustración. Es frecuente que durante el período de desequilibrio los padres vean al niño o niña como una parte negativa de su propio yo.
- Finalmente se llega a una gradual restauración del equilibrio, acompañada de un enfrentamiento real ante el problema.

En cierto sentido, el modo en que los padres responden a estas circunstancias puede llegar a condicionar la forma en que los hijos afrontan la enfermedad. De ahí que, en ocasiones, interviniendo en

los padres pueda modificarse el curso seguido por la enfermedad en los hijos (Polaino, 2000).

Aparece así en el panorama educativo la conveniencia de una orientación a la familia en relación a la actitud que debe tener ante la enfermedad, con la conducta más adecuada para favorecer la actitud del niño en el hospital, pero también se perfila la necesidad de programas de información para los padres, del establecimiento de relaciones con los profesionales y del intercambio de experiencias entre los propios acompañantes de los pequeños pacientes (Fernández, 1999; Palomo, 1995).

Este tipo de programas consisten en su gran mayoría en brindar una forma diferente de educación. Esta educación puede ir desde una conversación personal e informal entre la familia y el médico, a un programa más elaborado, diseñado, organizado y ofrecido por educadores y profesionales de la salud. El objetivo de este tipo de educación es ofrecer información a la familia, sobre la causa de la enfermedad y la necesidad de tratamiento médico del pequeño paciente, y así de esta manera tratar de reducir los posibles problemas psicológicos que pudieran derivarse (Lizasoán, 2000).

En este sentido, se debe ofrecer una orientación educativa a la familia y explicar a los padres las repercusiones de la enfermedad y la hospitalización. Debido a que la familia asume la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado del niño enfermo, deben ofrecerse intervenciones educativas y de apoyo como una parte rutinaria de la atención al paciente pediátrico. Sostiene que la mayor necesidad con que se encuentran las familias es la de la información: una información adecuada y suficiente, que les ayude a comprender qué es lo que está pasando. En segundo lugar, precisan el apoyo necesario para movilizar y poner en marcha estrategias de afrontamiento que sean más convenientes para responder a las demandas que impone la nueva situación y que, casi siempre, superan sus capacidades y recursos, tanto a nivel personal como familiar.

Los aspectos educativos de la intervención familiar deben centrarse en dos líneas fundamentalmente:

- En la información que reciben los padres sobre la enfermedad (etiología, síntomas, curso o pronóstico), y en el procesamiento de la misma. Es necesario ayudar a la familia a anticiparse a los cambios en el estilo de vida que requiera la enfermedad, aumentando con ello la capacidad de afrontamiento.
- En el apoyo psicológico y afectivo.

La meta de las estrategias de intervención será, entre otras, mantener la adaptación efectiva de toda la familia incluyendo, claro está, al escolar paciente. La educación y orientación familiar pueden reducir los posibles conflictos surgidos en la familia y favorecer su organización. Es preciso aclarar las responsabilidades propias del niño o la niña enfermos con el fin de reducir la natural sobreprotección que a menudo aparece. La familia se irá así transformando en un sistema efectivo capaz de enfrentarse con la enfermedad y con las exigencias de la vida familiar.

En opinión de muchos estudiosos, la intervención en la familia debe ir dirigida a la creación de programas de apoyo desde la asistencia primaria, la facilitación de cauces para la mejora de prestaciones a la familia, la educación sanitaria a los padres para impartir los cuidados necesarios a sus hijos dándoles la oportunidad de demostrar su competencia antes de asumir la responsabilidad plena, así como proporcionarles apoyo psicológico y seguimiento, facilitándoles el contacto con asociaciones de niños con las mismas dificultades.

En 1987, en Ginebra, un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se reunió para tratar el tema de la Educación Multiprofesional de Salud, informando que el personal de salud aglutinaba a todas aquellas personas que aún con diferentes antecedentes educativos realizaban tareas en pro de la salud, ya fueran de promoción, prevención, curación y/o rehabilitación

dentro del sistema de salud, considerando agentes de salud a médicos, enfermeras, asistentes sociales o personal de cualquier categoría. En consecuencia bajo esta perspectiva surge el planteamiento de cómo y dónde ubicar la figura que bajo el Criterio de Equipo de la O.M.S. proporciona una atención al niño y a su familia: el pedagogo hospitalario. Este profesional encargado de la actuación pedagógica en el contexto hospitalario es quien ofrece, entre otros aspectos, atención educativa al pequeño paciente en el aula del hospital. Su contacto con la familia y su trabajo diario con el niño o la niña le facilitan el terreno ideal para conocer de modo natural las interacciones dentro del sistema familiar y observar cambios tras la intervención con la familia.

En este sentido y desde el punto de vista de la Pedagogía hospitalaria, surge un reto oportuno e interesante, para ayudar al niño o niña y a su familia a establecer vínculos con el hospital durante el tiempo de estancia, informándoles y aclarando sus dudas respecto al proceso que están viviendo, dando una mayor importancia al apoyo emocional y afectivo, estableciendo relaciones con el personal médico y sanitario que los atenderán y posibilitando así la reducción de la ansiedad, la tensión y el miedo que pueden ser experimentados tanto por el niño o niña como por su contexto familiar.

La orientación familiar constituye una pieza imprescindible en la evolución del paciente pediátrico y obligatoriamente debe ser incluida en el contexto hospitalario. Los diferentes profesionales implicados en la atención al escolar hospitalizado, (médicos, personal sanitario, profesor hospitalario, trabajador social...), han de ser los encargados de llevar a cabo la misma, en sus diferentes aspectos.

5. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y EL ROL DEL PEDAGOGO O PROFESOR HOSPITALARIO

El profesor o pedagogo hospitalario desarrolla su trabajo en un extenso ámbito de actuación, procurando atender educativamente la diversidad de los niños y niñas pacientes, algunos de ellos con necesidades educativas muy especiales. El programa docente que desarrollan presta un servicio educativo que contempla tanto los aspectos formativos, informativos y curriculares como los de asesoramiento y apoyos psico-pedagógico y socio-afectivo.

La razón prioritaria de la presencia del niño y la niña en el hospital es la de su curación. El trabajo del profesorado hospitalario, adecuadamente coordinado con el resto de las intervenciones sanitarias, constituye un importante impulso motivacional para conseguir este objetivo general de recuperar la salud. Por ello, la atención que se presta es integral; no sólo se les procura la vertiente sanitaria sino también la psicológica y la pedagógica.

La intervención psicopedagógica del profesor en una institución hospitalaria ha de estar plenamente incardinada en la programación y actuaciones del Servicio pediátrico donde se encuentra el alumno hospitalizado.

El rol del pedagogo se pone de manifiesto tras las consideraciones realizadas en el campo de la Pedagogía hospitalaria.

El profesor o pedagogo hospitalario en su tarea de atención al escolar hospitalizado, tiene unos ámbitos de actuación bien delimitados, que pueden establecerse en:

- **Ámbito de colaboración con médicos y personal sanitario:** Recibiendo y aportando información adecuada sobre los datos y situación del alumno hospitalizado.
- **Ámbito de actuación educativa y psicológica con el escolar paciente:** Dando continuidad al currículo del alumno, realizando las adaptaciones curriculares adecuadas,

proporcionando el apoyo afectivo y psicológico preciso, evitando el aislamiento mediante el fomento de la comunicación con sus centros de referencia y amigos, potenciando actividades de lectura y lúdico-formativas.

- **Ámbito de actuación con los padres, con la familia:** Ofreciendo el apoyo y la orientación que precisen, así como haciéndoles partícipes y colaboradores en las actividades del alumno hospitalizado.
- **Ámbito de actuación con los centros escolares de referencia,** para conseguir no perder el sentimiento de pertenencia al grupo-clase, evitar rupturas con su proceso evolutivo-formativo, facilitar la comunicación mediante el uso de las Tics y lograr una reincorporación al centro sin traumas, tras el periodo de ingreso.
- **Ámbito de actuación con otras aulas hospitalarias:** Realizando proyectos de trabajos conjuntos, colaborando en experiencias, participando en congresos, en concursos, favoreciendo la comunicación con iguales, mediante las nuevas tecnologías.
- **Ámbito de actuación con trabajadores sociales y con los servicios de atención al paciente:** Colaborando en dar respuesta a problemáticas del entorno que inciden en el proceso de tratamiento del alumno hospitalizado y favoreciendo actuaciones de carácter lúdico y de entretenimiento para los tiempos en el hospital.
- **Ámbito de actuación con la Administración Educativa:**

- Con el Servicio de Atención a la Diversidad, del Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Educación, con comunicación fluida para la coordinación, elaboración y seguimiento del Plan de trabajo.
- Con la Dirección Provincial de Educación y la Consejería de Educación (de la Junta de Castilla y León, en nuestra Comunidad): Transmitiendo actuaciones y datos precisos.
- **Ámbito de actuación con la Administración Sanitaria:**
 - Con la Dirección del centro hospitalario para comunicar el Plan de trabajo y recabar los recursos e información que se precise.
 - Con la Consejería de Sanidad en colaboraciones concretas.
- **Ámbito de relación con Asociaciones, Fundaciones, Organizaciones y grupos que desean acompañar y ayudar a los pacientes escolares, en los periodos de hospitalización, estableciendo una dinámica de colaboración.**

Con este elenco de roles, el profesor en el contexto hospitalario, no puede obviar la importancia de la formación, encaminada hacia la práctica y la actividad educativa que va a contribuir a proporcionarle actualizaciones necesarias, estrategias y recursos para hacer frente a las nuevas necesidades demandadas.

Las competencias profesionales del profesorado y la mejora de la atención educativa a los alumnos, son el referente para la identificación de las necesidades formativas del profesorado. Así en las competencias del profesorado que establece la ley, en lo que respecta al profesor o pedagogo hospitalario, habrá que hacer, aún si cabe, una mayor incidencia en algunos aspectos de las competencias, como pueden ser: las habilidades personales, la orientación, participación, afrontamiento de cambios, toma de decisiones, etc.

Así, en el Cuadro que recoge las competencias profesionales del profesorado, podemos añadir y remarcar la competencia básica para la vida, en el profesor hospitalario.

Tabla 2: Competencias profesionales del profesorado (M.E.C.2006).

COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PROFESORADO		
	COMPETENCIA	ASPECTOS DE LA COMPETENCIA
Saber	A. Competencia científica	1. Conocimiento en el área de Educación. 2. Conocimiento en las áreas, materias y módulos curriculares. 3. Gestión del conocimiento.
Saber ser	B. Competencia intra e interpersonal	4. Habilidades personales. 5. Acción Tutorial. 6. Orientación. 7. Gestión y Promoción de valores.
Saber hacer: (QUE)	C. Competencia didáctica	8. Programación. 9. Didácticas específicas de áreas, materias y módulos. 10. Metodología y Actividades. 11. Atención a la diversidad. 12. Gestión del aula (espacios de aprendizaje). 13. Recursos y materiales. 14. Evaluación.
	D. Competencia organizativa y de gestión del aula	15. Normativa. 16. Organización, planificación, coordinación (<i>Desempeño de puestos específicos</i>). 17. Gestión de calidad.
	E. Competencia en gestión de la convivencia	18. Promoción de la convivencia. 19. Mediación, resolución de conflictos. 20. Control de la convivencia.
Saber hacer: (CÓMO)	F. Competencia en trabajo en equipo	21. Actitudes de cooperación y colaboración. 22. Participación e implicación en Proyectos comunes. 23. Técnicas de trabajo en grupo. 24. Toma de decisiones. Asunción de responsabilidades.
	G. Competencia en innovación y mejora	25. Afrontamiento del cambio. 26. Investigación y experimentación. 27. Diagnóstico y evaluación. 28. Realización y ejecución de propuestas. .../...

Saber hacer: (CÓMO)	H. Competencia Lingüístico- Comunicativa	29. Gestión de la información y transparencia. 30. Expresión y comunicación. 31. Destrezas comunicativas en lengua propia. 32. Destrezas lingüístico-comunicativas en lenguas extranjeras.
	I. Competencia digital (TIC)	33. Conocimiento de las tecnologías. 34. Uso didáctico de las mismas. 35. Creación con tecnología digital. 36. Gestión de equipos y redes.
Saber estar	J. Competencia social-relacional	37. Equidad. 38. Habilidades sociales. 39. Habilidades Comunicativas y transparencia. 40. Gestión de la participación.

A estas competencias pues, añadimos, por considerarla especialmente relevante en el tema que nos ocupa, la siguiente tabla:

Saber controlarse	<u>H. Competencia para la vida (emocional)</u>	<u>41. Conocimiento y control de las emociones.</u> <u>42. Uso de la empatía y la compasión</u> <u>43. Gestión del optimismo.</u>
-------------------	--	---

En el aula hospitalaria siempre debe estar presente el objetivo último de conseguir que el alumno se sienta feliz y por ello es importante trabajar para lograr todas las competencias, pero si cabe, cobra especial significado *la competencia para la vida*.

Se trata de identificar las emociones y después utilizarlas. Hay que ayudar a pensar en cómo se siente uno y cómo se sienten los demás. Deben conocer las causas de las emociones, expresarlas y aprender a gestionarlas, porque las emociones nos ayudan a encontrarnos y a sobrevivir en el mundo que nos rodea. Reconociendo las emociones de los demás, se crea empatía y se evitan muchas situaciones conflictivas.

Teniendo en cuenta que el concepto de competencia es acción e intención, diremos que el desarrollo de la autoestima, la empatía, el autocontrol y el respeto, mejoran la capacidad para enfrentarse a los retos, superar frustraciones y conseguir que los alumnos puedan volverse adultos felices y humanitarios.

6. LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y SU PROYECCIÓN DE FUTURO.

Pero la Pedagogía hospitalaria actual, no ve restringida su actuación, al aula hospitalaria o a la habitación del niño ingresado en la Institución hospitalaria, sino que la actual política de hospitalización pediátrica, tanto por el avance de los tratamientos, como por motivos de gestión hospitalaria y teniendo en cuenta factores psicopedagógicos y sociales, favorece cada vez más el proceso de tratamiento y recuperación en el domicilio, a ser posible. Así pues, se ha ido haciendo necesario articular un sistema de Atención domiciliaria y otros Servicios específicos o complementarios como son las Secciones de Psiquiatría Infanto-juvenil y los Hospitales de día en las instituciones hospitalarias.

En este sentido se puede ya afirmar que la Pedagogía hospitalaria, ha ido avanzando en todos estos años y ha ampliado su actuación, proyectándose de una parte en la Atención domiciliaria, cuando el alumno-paciente por prescripción facultativa puede continuar su tratamiento médico en el domicilio, pero no puede incorporarse a su centro educativo de origen. Se articula entonces el Protocolo establecido por la Administración educativa; en nuestra Comunidad, se aplica el indicado por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, que da cobertura al apoyo escolar domiciliario preciso. (Anexo 1)

En nuestra Comunidad de Castilla y León, concretamente en Valladolid, comenzó a funcionar la Atención domiciliaria en el Curso 1996-97 (Comunicación presentada en las VII Jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Madrid 1997), haciéndose extensible

también al resto de provincias de la Comunidad. En la actualidad la Atención domiciliada se encuentra establecida por la ORDEN EDU/1169/2009, de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

De otra parte, el aumento de pacientes jóvenes con dolencias psiquiátricas, que se encuentran en ruptura escolar motivada por alteraciones de carácter no ya físico sino psicológico, ha dado lugar a la creación en los hospitales, de Servicios específicos de Psiquiatría Infanto-juvenil, tanto en la modalidad de ingresados como en la de atención en Hospital de Día, lo que requiere una respuesta por parte de la Pedagogía hospitalaria para dar solución a la necesidad de atención educativa de los pacientes en esta Sección.

Surge así una transformación en la idea de que ya no se trata tanto de un escolar con dolencias, sino de un escolar con una determinada dolencia, que junto al empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como herramienta en el ámbito escolar, ocasiona un cambio en el rol del profesor hospitalario que deviene responsable del seguimiento escolar del alumno hospitalizado desde el inicio del proceso de la dolencia hasta su vuelta al centro de referencia, asumiendo incluso el rol de orientador para la familia y para los profesores del centro de origen.

La atención específica en la Sección de Psiquiatría Infanto-juvenil y su Hospital de día, comenzaron a funcionar en el Hospital Clínico de Valladolid en el año 2007 y está previsto que estos Servicios entren en funcionamiento próximamente en otros centros hospitalarios de la Comunidad.

A continuación reflejamos el esquema que lo representa:

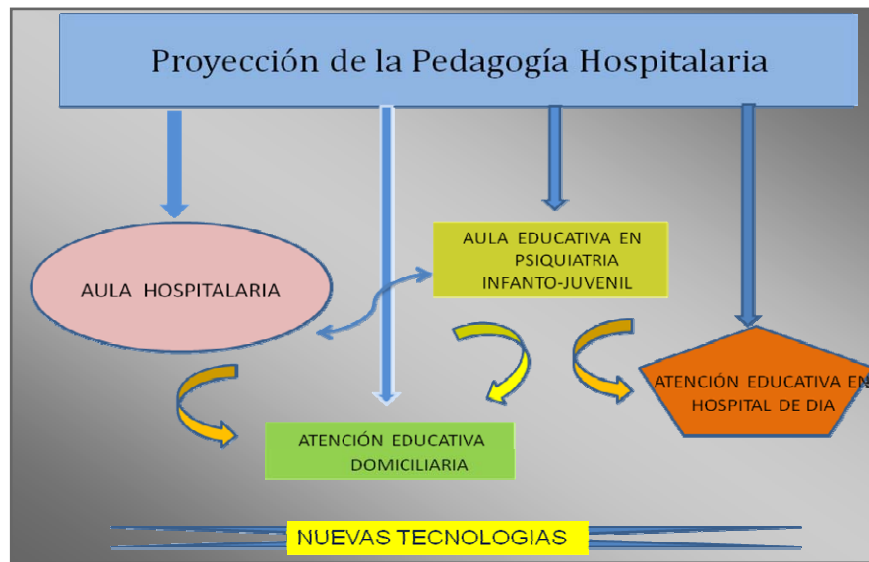


Gráfico 3: Proyección actual de la Pedagogía hospitalaria

No podemos dejar de recordar el valor de la educación en sí misma, en tanto que posibilitadora de una mayor libertad personal del ser humano, en su sociedad; la educación que le permite no sólo producir más, sino ser progresivamente más dueño de su porvenir y dirigir mejor su vida; capacitarle para poder vivir mejor y, en el caso de los enfermos y de las personas que están en el hospital, contribuir al modo en que afrontan y aceptan una enfermedad, sus consecuencias inmediatas, la perspectivas de cambios en su vida que conlleva, los tratamientos necesarios e incluso la perspectiva de vivir y morir con ella.

En consecuencia, el proceso educativo tiene que ser una constante en la vida de las personas, no se trata de algo accesorio, se trata de la forma de adaptación más importante que ha conocido el hombre para sobrevivir dignamente a su entorno y en esa medida, tiene que suponer una herramienta de la que siempre disponga. Se trata de contribuir, aún en un entorno hostil como el marcado por la hospitalización y la enfermedad al largo proceso perfectivo en que consiste la vida del hombre (González y Polaino, 1990). Así, en palabras de los autores, podemos decir que la Pedagogía hospitalaria

se dirige expresamente a la “*atención y optimización de la educación de los pacientes*” sea cual sea la edad y el estado físico o mental de éstos, intentando mejorar sus condiciones de vida a través de la educación.

También debemos tener en cuenta que la Pedagogía es una de esas carreteras que pocos saben de su dedicación, confundiendo el pedagogo con otros profesionales, por varias causas que podemos citar y que entre otras son: la existencia de gran número de profesiones asociadas a la educación (maestro, psicopedagogo, pedagogo,...), la consideración del saber específico de la Pedagogía como patrimonio y competencia de todos, la contratación de profesionales de la educación por “niveles” y no por funciones o profesiones.

Por tanto, hay que conseguir mostrar cuál es la importancia del papel del pedagogo dentro de la actuación educativa y cómo puede mejorar sustancialmente el proceso educativo de la persona ingresada en una institución hospitalaria.

El proceso educativo que se lleva a cabo dentro el hospital en el futuro puede tener una importancia aún mayor que la actual, al poder considerar la posibilidad de estructurar mejor ciertos aspectos, como pueden ser:

- La apertura del servicio educativo a un espectro mayor de personas; es decir, la garantía e igualdad de oportunidades en el acceso al derecho a la educación a través de la atención educativa a los jóvenes mayores de 16 años, que se encuentran en el hospital y que no son atendidos actualmente.
- La estructuración de un equipo verdaderamente multidisciplinar, apoyado por las instituciones pertinentes, e integrados de manera completa en el funcionamiento hospitalario.

En la actualidad, la atención educativa en los centros hospitalarios españoles se reduce a los alumnos comprendidos entre los 3 y 16 años. Es una realidad que cuando una persona mayor de 16 años entra en el hospital se encuentra en una situación igualmente anómala que cuando es menor de esta edad, si bien es cierto que la afronta de una manera acorde a su desarrollo psíquico y cognitivo; la gran diferencia de cara al nivel asistencial radica en que, a los menores de 16 años se les ofrecen opciones educativas y de atención que les permiten “adaptarse” mejor a la situación hospitalaria: refuerzo escolar, actividades de ocio y tiempo libre, etc., mientras que este tipo de atención, una vez pasado el “umbral” de los 16, queda en manos de la voluntariedad del contexto.

Y no sólo hablamos de opciones educativas y de ocio y tiempo libre para el paciente, también hablamos de atención a la familia, en el proceso de la enfermedad.

Teniendo en cuenta las cifras que nos aporta el INE respecto del año 2002 (INE 2004b), el 6,34% del total de los pacientes hospitalizados en España, era menor de 14 años; considerando que los alumnos son atendidos en aulas hospitalarias hasta los 16 años podemos afirmar que la población hospitalaria que recibe atención educativa durante su estancia en el hospital, supera este porcentaje.

Tabla 3: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2002

Pacientes hospitalizados en España. Año 2002	TOTAL
AMBOS SEXOS	34.510.622
Menores de 1 año	1.116.398
De 1 a 4 años	484.619
De 5 a 14 años	589.283
De 15 a 24 años	1.472.289
De 25 a 34 años	3.172.299
De 35 a 44 años	3.096.031
De 45 a 54 años	3.283.449
De 55 a 64 años	4.336.993
De 65 a 74 años	7.281.229
De 75 a 84 años	6.865.669
De 85 y más	2.812.362

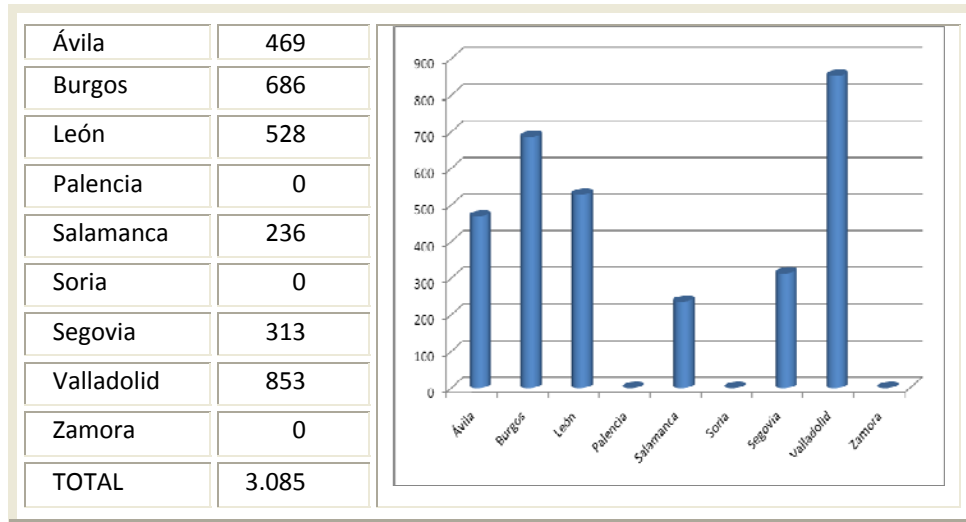
Fuente: INE 2004

Respecto a nuestra Comunidad de Castilla y León, podemos decir que es una Comunidad Autónoma interior, y dotada de una gran extensión (94.224 Km²), que supone el 18,6 % del territorio nacional, que la convierte en la Comunidad Autónoma más extensa del Estado Español.

Desde el punto de vista demográfico, observamos que su población total asciende aproximadamente a 2,5 millones de habitantes, (2.480.369 h.) constituyendo una comunidad poco poblada en relación con su gran extensión, ya que esta población supone el 5,93 % del total nacional, lo que arroja también una baja densidad de población (26,32 h/km²). Esta población está distribuida muy irregularmente, existiendo importantes diferencias, tanto entre provincias como entre núcleos de población.

Respecto a nuestra Comunidad Autónoma, según el Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad para Castilla y León, tenemos que la distribución provincial del alumnado de aulas hospitalarias en Castilla y León durante el Curso 2002-2003 fue el siguiente:

Tabla 4: Alumnado de aulas hospitalarias de Castilla y León. Curso 2002-03



Fuente: Junta de Castilla y León 2003.

De otro lado, como vemos en el gráfico siguiente, hay un 72,67% de pacientes en España que permanecen menos de 7 días ingresados en el hospital; pero todos, tanto ellos como el resto de pacientes y sus familias, deben ser objeto de atención y por medio de ella ayudar a mejorar su calidad de vida.

Tabla 5: Población que ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses por duración del último ingreso hospitalario. Encuesta de Salud 2003.

	TOTAL	De 1 a 7 días	Más de 7 días
CIFRAS ABSOLUTAS: Total	3.873,8	2.814,9	1.058,9
CIFRAS RELATIVAS: Total	100,00	72,67	27,33



Fuente: INE 2004

Según los datos de la Encuesta de Morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística durante el año 2001, fueron dados de alta en Castilla y León 23.281 pacientes menores de 15 años. Estos pacientes pediátricos se desglosan, por grupos de edad y por provincias de hospitalización, de la siguiente forma:

Tabla 6: Pacientes pediátricos dados de alta en el año 2001 en Castilla y León.

	Menores de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años
Castilla y León	8.134	6.510	8.637
Ávila	494	423	486
Burgos	2.172	1.364	1.446
León	1.704	1.251	1.839
Palencia	741	671	629
Salamanca	797	887	1.367
Segovia	363	318	482
Soria	128	75	166
Valladolid	1.316	1.118	1.709
Zamora	419	403	513

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE 2004

Según las mismas fuentes, la duración media de las estancias hospitalarias de los niños en Castilla y León fue, en el año comentado, de 6 días para los niños menores de un año, de 3 días para los de edades comprendidas entre 1 y 4 años y de 4 días para los niños entre 5 y 14 años. Se computaron en total, a lo largo del año de referencia, 98.930 estancias hospitalarias infantiles en Castilla y León.

Creemos que la atención educativa es una parte primordial del tratamiento a favor de la salud de las personas, y se podría conseguir establecer una atención psicopedagógica y de orientación para un mayor número de pacientes, de cara a una asistencia de calidad más allá del ámbito médico.

CAPÍTULO II

LAS AULAS HOSPITALARIAS

CAPÍTULO II. LAS AULAS HOSPITALARIAS.

1. EVOLUCIÓN DEL MARCO LEGISLATIVO.

Una vez vistos los precedentes e inicios de la atención educativa al alumnado hospitalizado, con la aproximación histórica presentada, vamos a llevar a cabo una revisión de las diferentes normativas y leyes internacionales, nacionales y autonómicas que han ido influyendo en la creación y evolución de la atención educativa al alumnado enfermo y convaleciente.

1.1. Marco legislativo internacional.

Declaración de los Derechos del Niño.

Proclamados por la O.N.U., en 1959, incluye en su principio quinto una referencia al niño impedido física o mentalmente y que “debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que requiere su caso particular”

XXIX Asamblea Mundial de la Salud.

En la XXIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1976, se adoptó la Resolución 29.35. con la que se aprueba la publicación de la “Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”. Se basa en el modelo de consecuencias de la enfermedad y establece diferencias entre los siguientes conceptos:

- *Deficiencia:* “pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

- *Discapacidad*: “toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.
- *Minusvalía*: “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desarrollo de un rol, que es normal en su caso (en función de edad, sexo, o factores sociales y culturales)”.

Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidades

La Asamblea General de Naciones Unidas, el día 3 de diciembre de 1982, mediante la Resolución 37/52, aprobó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidades, que supuso la adopción del esquema conceptual de clasificación que propone la OMS (Resolución 29.35) y la estructuración de medidas de acción en el campo de la prevención, la rehabilitación y la igualdad de oportunidades.

*Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.
(Leiden-13 de mayo de 1986)*

Aprobada por el Parlamento Europeo en 1986 (Serie A-Documento A2 - 25/86 -14 de abril de 1986). Los derechos ahí recogidos son:

- A) Derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más rápido y breve posible.
- B) Derecho del niño a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.

- C) Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.
- D) Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- E) Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- F) El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
- G) Derecho de sus padres o de las personas que los sustituyan a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respeto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- H) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- I) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de una persona cualificada.

- J) Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
- K) Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
- L) Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- M) Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- N) Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- O) Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
- P) Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
- Q) Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen
- R) Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.

- S) Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- T) Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
- U) Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita - incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niega por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.
- V) Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
- W) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.

Convención de los Derechos del Niño de 1989.

La Convención de los Derechos del Niño de 1989 expresa estos derechos como obligaciones de los estados miembros e incluye entre ellos el derecho a la educación. Asimismo, en su artículo 23.4, apunta que los estados miembros “promoverán el intercambio de la información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva de los niños impedidos, así como el acceso a esa información”

Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes enfermos Hospitalizados y Domiciliarios. Asamblea del 20 de mayo de 2000.

El Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (H.O.P.E.), en su asamblea de 20 de mayo de 2000 en Barcelona, aprobó la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos. Dicho documento está formado por diez puntos:

1. Todo niño y adolescente enfermo tiene derecho a recibir atención educativa, tanto en el hospital como en su domicilio.
2. El objetivo de esta educación es asegurar la continuidad de la enseñanza escolar de los niños y adolescentes enfermos con el fin de mantener su rol de alumnos.
3. La enseñanza escolar estructura la creación de un grupo de niños y adolescentes y normaliza la vida diaria en el hospital. La atención educativa se organizará de manera grupal o individual, tanto en el aula como en la habitación del niño.
4. La atención educativa en el hospital y en el domicilio deberá adaptarse a las necesidades y capacidades de cada niño o adolescente, manteniendo la conexión con su colegio de referencia para preparar su regreso.
5. El aula hospitalaria, el entorno y los materiales de aprendizaje, estarán adaptados a las necesidades de los niños y adolescentes enfermos. Las nuevas tecnologías de la comunicación servirán también para evitar su aislamiento.
6. La enseñanza sobrepasará el contenido específico del currículo ordinario, incluyendo temas relacionados con las necesidades específicas derivadas de la enfermedad y de la hospitalización. Deberán utilizarse gran variedad de metodologías y recursos de aprendizaje.

7. La atención educativa en el hospital y en el domicilio correrá a cargo de personal cualificado que recibirá cursos de formación continua.
8. El personal encargado de la actividad educativa formará parte del equipo multidisciplinar que atiende al niño o adolescente enfermo, actuando como vehículo entre éste y su colegio de referencia.
9. Los padres serán informados sobre el derecho de sus hijos enfermos a recibir atención educativa y acerca del programa educativo seguido. Serán considerados como parte activa y responsable del mismo.
10. La integridad del alumno será respetada, incluyendo el secreto profesional y el respeto a sus convicciones.

1.2. Marco legislativo español.

La Ley 13/1982 de 7 de abril sobre la Integración Social de los Minusválidos (LISMI) es fundamental en la historia de la atención educativa a los niños hospitalizados en nuestro país. En ella se encuentra el primer referente legal que recoge la necesidad de habilitar secciones pedagógicas en los hospitales para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar. Así en su Artículo 29 (Título IV, Sección 3ª) establece:

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

Pero siguiendo un orden, podemos referir:

- *Patronato Nacional de Anormales*

En 1914 se crea el Patronato Nacional de Anormales, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública, para la atención a la educación especial, que posteriormente se divide en tres organismos independientes: Patronato de Sordomudo, Patronato de Ciegos y Patronato de Anormales.

- *Patronato Nacional de Educación para la Infancia Anormal*

En 1953 se crea el Patronato Nacional de Educación para la Infancia Anormal que en 1995 cambiaría de nombre, pasándose a llamar Patronato Nacional de Educación Especial.

- *Decreto 2925/1965, de 23 de septiembre*

Por el que se regulan las actividades del Ministerio de Educación Nacional en orden a la Educación Especial. Estableciendo “actividades sobre centros, programas y métodos destinados a jóvenes y niños que, como consecuencia de sus deficiencias e inadaptaciones de orden físico, psíquico, escolar o social, resulten incapacitados o tengan dificultades para seguir con un normal aprovechamiento los programas de estudio correspondientes a su edad”.

- *Ley General de Educación de 1970*

La Ley General de Educación supuso un avance considerable en todo lo relativo al principio de igualdad de oportunidades ante la educación. Dedicó capítulo especial a la educación especial, refiriéndose a inadaptados, superdotados o deficientes. Establece los criterios de escolarización para estos alumnos, y fija las bases para su incorporación a la vida social. Pretende conseguir el pleno desarrollo de cada persona de acuerdo con sus características.

- *El Instituto Nacional de Educación Especial (INEE)*

Se creó por Decreto 1151/1975 de 23 de mayo, como Organismo Autónomo adscrito al Ministerio de Educación y Ciencia. Este instituto asume las competencias y funciones del Ministerio de Educación y Ciencia, con respecto a la Educación Especial, con la intención de ordenar el panorama educativo ante la diversidad de centros existentes.

- *Real Patronato de Educación Especial*

El Real Decreto 1023/1976 de 9 de abril, dio lugar al Real Patronato de Educación Especial, responsable de fomentar y coordinar la acción del Estado y de la sociedad en materia de educación especial. Al INEE le corresponderá la ejecución de las acciones propuestas por el Real Patronato. En 1978, el Real Patronato de Educación Especial cambió su nombre y se denomina Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, ampliando su ámbito de actuación. En 1986, mediante Real Decreto 1475/1986 de 11 de julio, se reestructura y cambia de nuevo su nombre, pasando a llamarse Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.

- *Plan Nacional de Educación Especial*

El Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes encargó al INEE la elaboración del primer Plan Nacional de Educación Especial (1978) en el que se elaboró un conjunto de propuestas para reformar la educación especial. Se tuvieron en cuenta para esta reforma los principios de normalización de servicios, integración educativa, individualización de la enseñanza y sectorización.

- *La Constitución española de 27 de diciembre de 1978*

La Constitución reconoce para todos los españoles el derecho a la educación, en su Artículo 27, y encomienda a los poderes públicos la promoción de las condiciones necesarias para que todos los ciudadanos puedan disfrutar de este derecho en igualdad de condiciones.

En el Artículo 14, establece que “los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquiera otra condición o circunstancia personal o social”.

Y en el Artículo 49 recoge el principio de integración de personas con discapacidad: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”.

- *Ley 13/1982 de 7 de abril sobre Integración Social del Minusválido (LISMI)*

La LISMI, anteriormente citada, apoyada en el Artículo 49 de la Constitución Española, estableció las bases que deberían regir la educación de personas con algunas deficiencias en sus capacidades físicas, sensoriales o psíquicas, teniendo en cuenta los principios de integración escolar.

La educación en centros especiales se destina a aquellas personas que, de modo transitorio o de modo permanente, no se pueden integrar en el sistema educativo ordinario, buscando la integración de las personas con discapacidad en el sistema general ordinario con los apoyos necesarios. Esta Ley recoge mención específica a las aulas hospitalarias.

- *Real Decreto (1174/1983 de 27 de abril) sobre Educación Compensatoria.*

Es el primer marco legal dirigido a la compensación de las desigualdades en educación. Teniendo en cuenta la Constitución y la Ley General de Educación de 1970, significó un gran cambio en la política educativa, propiciando la elaboración de programas para

combatir el fracaso escolar de los alumnos cuyas dificultades derivaban de su extracción socio-cultural.

- *Planes de Humanización de los Hospitales*

En los años 80, surgen los Planes de Humanización de los Hospitales, basados en los Derechos y Deberes del ciudadano en materia de Salud, reconocidos en la Constitución Española y desarrollados en la Ley General de Sanidad. Se perfila un nuevo modelo de gestión hospitalaria, donde tiene cabida este Plan de Humanización dirigido básicamente a los hospitales del INSALUD. Así se abren cauces nuevos de comunicación con la sociedad y se tienen en cuenta las opiniones de los usuarios, para los indicadores de calidad. Es en estos planes donde se incluyen, entre otros aspectos, la incorporación de profesores a los hospitales.

- *Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial*

Este Real Decreto de 6 de marzo de 1985, nace para concretar los aspectos educativos de la LISMI. Esta norma ha sido el referente básico para la organización de la educación especial en España al superar la separación existente entre educación ordinaria y educación especial. En él se regula la educación especial como una parte integrante del sistema educativo (obligatoria y gratuita), con carácter general y aplicación en todo el territorio español.

En relación con la educación de los niños enfermos, en su disposición Adicional segunda establece:

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

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

- *Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial (C.N.R.E.E.)*

Fue creado por Real Decreto 969/1986 de 11 de abril para potenciar la formación de profesionales en el campo de la educación especial, así como fomentar la investigación y creación de materiales e instrumentos pedagógicos para este alumnado.

- *Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986*

Con la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, se consiguió dar un paso importante para la salud de la población, incluida la infantil. En ella se desarrollan los principios de la actual sanidad española y se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS).

- *Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) 1990*

La LOGSE, promulgada en 1990, supone un proceso de reforma global del sistema y diversos cambios para intentar la desaparición de las desigualdades en educación. Mediante esta Ley orgánica se establece que las actuaciones para la compensación de las desigualdades no deben plantearse como medidas paralelas al sistema ordinario, sino que promueve el valor de un sistema educativo cuya organización y enseñanza contemplen como objetivo prioritario la igualdad de oportunidades y la atención a la diversidad.

Así en su título V, asume como un fin principal e inherente al sistema educativo “evitar las desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos étnicos o de otra índole”.

En el Título I, referido a las Enseñanzas de Régimen General, dedica el capítulo V a la educación especial, consolidando los principios de normalización e integración escolar como los pilares de la atención al alumnado con necesidades educativas especiales y explicitando que el sistema educativo deberá disponer de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.

Esta ley presta atención concreta a quienes se encuentran en situación de desventaja y hace de la atención a la diversidad uno de sus ejes principales, al hablar de personas con necesidades especiales, en lugar de inadaptadas o minusválidas, entendiendo por “necesidades especiales” las de aquellos alumnos que precisan, temporal o permanentemente, otras ayudas, además de las pedagógicas que necesita todo alumnado.

• *Real Decreto 696/1995, 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales*

Complementa lo legislado hasta el momento y lo adapta a la LOGSE, contemplando dos aspectos importantes: la distinta naturaleza (transitoria o permanente) de las necesidades educativas especiales y sus distintos orígenes (sociales, escolares,...). Así este Decreto establece en el Artículo 3. Escolarización:

1. La atención educativa a los niños y niñas con necesidades educativas especiales comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención, cualquiera que sea su edad, o se detecte riesgo de aparición de discapacidad.
2. Los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, asociadas a su historia educativa y escolar, así como a condiciones personales de sobredotación y de discapacidad psíquica, motora o sensorial, serán escolarizados en los centros y programas ordinarios. Sólo cuando se aprecie de

forma razonada que las necesidades de dichos alumnos no puedan ser adecuadamente satisfechas en un centro ordinario, se propondrá su escolarización en centros de educación especial.

Y en relación con la atención al alumnado enfermo:

6. El Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria internados en ellos.

- *Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los centros Docentes*

Esta Ley definió la población con necesidades educativas especiales, diferenciando a los alumnos con necesidades derivadas de discapacidad y trastornos de conducta y, de otra parte, a alumnos con necesidades asociadas a situaciones sociales o culturales desfavorecidas.

- *Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de Ordenación de las Acciones Dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación*

Fija las líneas a seguir para atender al alumnado procedente de sectores geográficos, sociales y culturales desfavorecidos. Contempla tres ámbitos de actuación: acceso y permanencia en el sistema educativo, atención educativa al alumnado y actuaciones para la calidad de la educación.

En el Capítulo III, Sección II, referido a Actuaciones de Compensación Educativa dirigidas a la población hospitalizada, establece:

Artículo 18. Escolarización.

1. El alumnado hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo.

2. Excepcionalmente, cuando no pueda asistir a un centro educativo por permanencia prolongada en el domicilio por prescripción facultativa, podrá matricularse en la modalidad de educación a distancia, y mantener esta situación mientras permanezca la condición que la generó.

Artículo 19. Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias.

1. El Ministerio de Educación y Ciencia creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos que mantengan regularmente hospitalizado un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Asimismo, y a petición de instituciones hospitalarias de titularidad privada, podrá formalizar convenios para la concertación de unidades escolares de apoyo.

Artículo 20. Planificación, seguimiento y evaluación de las actuaciones.

1. Las Direcciones Provinciales del Departamento, en coordinación con la Administración sanitaria, establecerán unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias, así como los correspondientes mecanismos de seguimiento y evaluación de las mismas.

2. El Ministerio de Educación y Ciencia podrá formalizar convenios con entidades públicas y asociaciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria dirigidos al alumnado con permanencia prolongada en su domicilio por prescripción facultativa, y, a través de sus

servicios competentes, coordinará los programas de atención domiciliaria.

- *Circular del 12 de noviembre de 1996 de la Dirección General de centros Educativos*

Establece las normas generales para la organización de las actuaciones dirigidas a la atención del alumnado hospitalizado y convaleciente.

Así en el Apartado dos, «Criterios para la organización de las actuaciones dirigidas a la atención del alumnado hospitalizado y convaleciente» se especifica que:

Los niños que padecen enfermedades o lesiones traumáticas que les obligan a períodos de hospitalización o convalecencia prolongados, se encuentran en situación de desventaja respecto a su permanencia en el sistema educativo: su escolaridad se ve dificultada y suelen acumular retrasos escolares que sólo pueden ser paliados desde la adopción de medidas de apoyo que serán útiles, al mismo tiempo, para reducir la ansiedad que su enfermedad les provoca. Los recursos educativos institucionales establecidos para la atención de este alumnado son las Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias y los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.

Los modelos organizativos que se establezcan en estas unidades se caracterizarán por la flexibilidad y adaptación a las necesidades del alumnado hospitalizado y a las posibilidades de utilización de espacios y recursos del centro hospitalario. En este sentido, las actividades educativas se desarrollarán en aulas hospitalarias (espacios específicamente destinados a actividades educativas) o en salas hospitalarias (cuando no exista espacio específico o para la atención al alumnado que debe permanecer encamado).

En el apartado 2.1: 6. Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias, se expone:

Estas actuaciones pretenden dar continuidad a las actividades educativas y potenciar la relación del alumnado hospitalizado con sus centros de referencia, como medio de Normalización de su situación vital.

En este sentido, son objetivos generales de estas situaciones:

- Proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje y evitar el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación.
- Favorecer, a través de un clima de participación e interacción, la integración socio-afectiva de las niñas y niños hospitalizados, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el hospital, programando actividades de ocio de carácter recreativo y educativo en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollan acciones en el entorno hospitalario.

Los alumnos y alumnas hospitalizados mantienen su escolarización, a efectos de evaluación y promoción, en sus respectivos centros. Por esta razón, para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado de larga y media hospitalización, el profesorado de estas unidades debe establecer un primer contacto con el centro de cada alumno o alumna para solicitar información relativa a su nivel de competencia curricular en las distintas áreas y sobre la programación general del aula en que está escolarizado. Esta información orientará el diseño y desarrollo del plan de trabajo individual del alumno en el período de hospitalización. Por último, se remitirá a los centros un informe de evaluación del plan de trabajo individualizado desarrollado por el alumno cuando finalice su hospitalización

- *Circular del 28 de enero de 1997 de la Dirección General de centros Educativos*

Marca los criterios generales sobre planificación de actuaciones de compensación educativa.

- *Convenio MEC - INSALUD- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.*

Según lo dispuesto en la LOGSE y la LISMI, el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), firmaron un Convenio, con fecha 18 de mayo de 1998, en el que se sentaron las bases para afianzar la atención educativa a los niños ingresados y convalecientes en centros hospitalarios.

Este Convenio defiende y protege los Derechos del niño hospitalizado, recogidos en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (aprobada por el Parlamento Europeo en 1986), estableciendo los compromisos siguientes:

El Ministerio de Educación se erigió como el responsable de la organización y funcionamiento de las unidades escolares en instituciones hospitalarias, dotándolas del profesorado necesario, del material para su funcionamiento y de la asignación económica suficiente para adquirir y renovar el mismo.

El Instituto Nacional de la Salud adquirió los compromisos de habilitar los espacios necesarios en los centros hospitalarios para el funcionamiento de las unidades escolares, asumir los gastos derivados de infraestructuras, mantenimiento y conservación de su equipamiento y de la dotación de equipos informáticos y audiovisuales.

Del mismo modo se establecieron criterios para creación y dotación de las unidades escolares de ámbito hospitalario. Se acordó

que la dotación económica y de recursos humanos, estaría en función de las camas pediátricas de cada centro.

En sus Cláusulas se recoge:

El presente convenio tiene como objeto, en el ámbito territorial de gestión común del INSALUD y del Ministerio de Educación y Cultura, desarrollar un programa de atención educativa dirigida a la población hospitalizada en edad escolar obligatoria, que permita la continuidad de su proceso de escolaridad, favorezca su promoción académica y facilite, al tiempo un marco educativo en los hospitales próximos a las necesidades psicosociales y afectivas de los niños hospitalizados (Cláusula 1ª)

Los objetivos y actividades desarrolladas en estas Unidades Escolares de Apoyo se referirán tanto a los aspectos escolares como al conjunto de acciones necesarias para facilitar un marco de atención global que incluye elementos relacionados con la socialización, la afectividad y el bienestar general del niño. (Cláusula 4ª).

- *Proyecto de Teleeducación aulas hospitalarias. (1997-98)*

Uno de los proyectos más innovadores y pioneros en el mundo de la teleinformática y la educación fue la puesta en marcha del Proyecto de Teleeducación en 32 aulas hospitalarias, creado por el Ministerio de Educación y Cultura, a través de la Subdirección General de Educación Especial y de Atención a la Diversidad y el Programa de Nuevas Tecnologías del PNTIC (luego pasaría a CNICE)

Las bases jurídicas del proyecto "Teleeducación en aulas hospitalarias" son básicamente la LOGSE y el Real Decreto 299/1996.

El Título V de la LOGSE, que trata de la compensación de las desigualdades en la educación, establece los principios para que la Administración educativa adopte las medidas de discriminación positiva que puedan hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación.

El Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, manifiesta en su preámbulo que dicho Decreto regula la compensación en cumplimiento del Título V de la Ley 1/1990. En dicho decreto, se establece que...*"La educación y la formación tienen una dimensión más completa que la que tradicionalmente se les ha otorgado y tienen una decisiva importancia en el desarrollo de la persona en el seno de una sociedad tolerante y solidaria, basada en los principios de respeto de los derechos humanos y de la igualdad de oportunidades. En consecuencia, se exige y demanda a la administración educativa que aporte los recursos necesarios para garantizar que el derecho a la educación no se vea obstaculizado por factores relacionados con la desigualdad social;... que arbitre las medidas necesarias para que las situaciones personales transitorias de salud no generen condiciones de desigualdad en el disfrute del derecho a la educación;..."*

El proyecto se inició en 1997 con la finalidad de que las aulas hospitalarias contasen con unos medios capaces de ponerlas en comunicación entre sí, rompiendo el aislamiento que se producía entre estos centros en los que se atiende a niños enfermos y su medio natural en el que se desenvuelven: la familia, la escuela, etc.

Los **Objetivos** del Proyecto son:

- Experimentar la integración de medios telemáticos e informáticos en el ámbito desde las "*Actuaciones de compensación educativa*" dirigida a la población hospitalizada.
- Utilizar los medios tecnológicos para favorecer el desarrollo afectivo y social de la personalidad e impulsar la expresión y comunicación tan necesaria en alumnos hospitalizados.
- Convertir la situación de desventaja académica (Inmovilidad y disposición máxima de tiempo) en oportunidad para desarrollar destrezas para el uso de medios tecnológicos y apoyar la más fácil recuperación del desfase académico que se pueda sufrir.
- Motivar a los docentes en la utilización de la telemática (mensajería y teledebates) como medio de autoformación y de apoyo de su actividad docente
- Favorecer la coordinación con el centro educativo de referencia y la comunicación entre el alumnado de éstos y las aulas hospitalarias.
- Evaluar los resultados del proyecto para la extensión a entornos semejantes.
- Destinatarios del proyecto. Son destinatarios directos del proyecto:

Profesorado de aulas hospitalarias y en el centro de referencia.

Alumnado de Educación Primaria y Secundaria de aulas hospitalarias. Se considera importante la colaboración de:

Familiares de alumnos hospitalizados y personal auxiliar hospitalario que se preste a participar en la experiencia.

Personal del voluntariado, tanto para colaborar en el centro hospitalario, como en el entorno familiar.

- **Fases del Proyecto:**

1ª Fase:

- Selección de las aulas hospitalarias.
- Dotación de medios tecnológicos y materiales a dichas aulas.
- Curso de formación de profesores (fase presencial).

2ª Fase:

- Curso de formación (fase a distancia).
- Práctica de conocimientos adquiridos en la fase.
- Planificación y puesta en práctica de actividades de enseñanza.
- Aprendizaje y de uso del tiempo de ocio, destinadas al alumnado de las aulas.

3ª Fase:

- Seguimiento y evaluación del proyecto.
- Realización de un teledebate entre el profesorado de todas las aulas implicadas a través de Internet y puesta en común de las conclusiones de las actividades realizadas con el grupo de alumnos.

- **Formación:**

Este proyecto pretende explorar nuevas vías educativas para que la labor docente, en el ámbito hospitalario, sea más exitosa. El diseño de la formación de profesores incluye los siguientes contenidos:

El análisis de problemas relacionados con la *comunicación y el aprendizaje* en los alumnos hospitalizados.

El estudio de recursos informáticos y telemáticos para subsanar el problema de los límites impuestos por la situación de hospitalización de los niños en edad escolar.

El diseño y desarrollo de actividades con dichos medios, que den respuesta a las necesidades individuales para el tratamiento de los problemas analizados.

Práctica de comunicación en el espacio virtual creado para el proyecto.

- **Dotaciones:**

La experiencia se llevó a cabo en 29 aulas hospitalarias ubicadas en territorio MEC (Comunidades autónomas sin competencias en Educación transferidas).

Dotación:

Equipos informáticos, procedentes del Programa de Nuevas Tecnologías, para las 29 aulas, así como su instalación y puesta a punto.

Telefónica de España, S.A., ofrece a la red de 29 aulas hospitalarias una infraestructura de comunicaciones a través de RTC_RDSI, que facilita la comunicación con el exterior -a través de Infovía- a los alumnos allí hospitalizados.

Con carácter experimental, se han instalado, al menos en dos aulas, servicios añadidos de videoconferencia.

- **Entidades participantes:**

- Ministerio de Educación y Cultura:
 - Programa de Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación

- Subdirección General de Educación Especial y Atención a la Diversidad
 - Direcciones Provinciales de Educación
 - centros de referencia de Educación Primaria y Secundaria
- Telefónica de España
 - Centros Hospitalarios
- **Informe final** de seguimiento

El Programa de Nuevas Tecnologías elaborará un informe de progreso del proyecto para difundir entre las audiencias de las instituciones participantes.

Las aulas hospitalarias participantes se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 7: centros hospitalarios participantes en el Proyecto de teleeducación en aulas hospitalarias

PROVINCIA	CENTRO	LOCALIDAD
Albacete	General	Albacete
Asturias	H. de Cabueñes	Gijón
Asturias	H.N. Sra. de Covadonga	Oviedo
Ávila	H.N. Sra. de Sonsoles	Ávila
Badajoz	H. Infanta Cristina	Badajoz
Baleares	H. Son Dureta	Mallorca
Burgos	H. General Yagüe	Burgos
Cáceres	H.S. P. de Alcántara	Cáceres
Cantabria	H M. de Valdecilla	Santander
Ciudad Real	H. Virgen de Alarcos	Ciudad Real
Guadalajara	H. General	Guadalajara
La Rioja	H. San Millán	Logroño
Madrid	H. Universitario	Getafe
Madrid	H. Severo Ochoa	Leganés
Madrid	H. San Carlos	Madrid
Madrid	H. La Paz	Madrid
Madrid	H. Doce de Octubre	Madrid
Madrid	H. Ramón y Cajal	Madrid
Madrid	H. G. Marañón	Madrid
Madrid	H. Niño Jesús	Madrid
Madrid	H. Universitario	Móstoles
Murcia	H. Sta. M ^a del Rosell	Cartagena
Murcia	H.N. Sra. de Arrixaca	El Palmar
Salamanca	H. Clínico Universitario	Salamanca
Segovia	H. General	Segovia
Valladolid	H. Rio Hortega	Valladolid
Valladolid	H. Clínico Universitario	Valladolid
Zaragoza	H. Lozano Blesa	Zaragoza
Zaragoza	H. Miguel Servet	Zaragoza

Los colegios colaboradores fueron:

- C.P. León Felipe, de Valladolid, que mantenía una comunicación estable con el Hospital Clínico y el Hospital Pío del Río Pisuerga, ambos también de Valladolid.
- C.P. Puerta de Sancho, de Zaragoza, que mantenía comunicación telemática con el aula hospitalaria del Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza.
- C.P. Concha Espina (Madrid), C.P. Vicálvaro (Madrid).
- C.P. Stellamaris (Cartagena).

• *Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre de Calidad de la Educación (B.O.E. del 24)*

Esta Ley, (LOCE), en el Capítulo II, dedicado a los derechos y deberes de los padres y alumnos, establece en su artículo 2.2 que los alumnos tienen derecho a “recibir las ayudas y los apoyos precisos para compensar las carencias y desventajas de tipo personal, familiar, económico, social y cultural, especialmente en el caso de presentar necesidades educativas especiales, que impidan o dificulten el acceso y la permanencia en el sistema educativo”.

En su Artículo 45, punto I, recoge que “*los alumnos con necesidades educativas especiales que requieran, en un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas,...tendrán una atención especializada, con arreglo a los principios de no discriminación y normalización educativa, y con la finalidad de conseguir su integración. A tal efecto, las Administraciones educativas dotarán a estos alumnos del apoyo preciso desde el momento de su escolarización o de la detección de su necesidad*”.

- *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (B.O.E. del 4 de mayo 2006)*

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, (LOE), dedica el Capítulo I del Título II al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo y contempla en el Artículo 71:

1. Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley.
2. Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

En el Artículo 80 del Capítulo II, se establece:

1. Con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ello.

2. Las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole.

1.3. Marco legislativo en Castilla y León.

En 1998 se firmó, como hemos indicado ya anteriormente, un convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados y tras las transferencias de competencias en sanidad y en educación a la Comunidad Autónoma, este convenio continúa vigente, puesto que no ha sido sustituido por otro nuevo ni las partes han acordado la resolución del mismo.

El convenio establece, en el anexo I del mismo, los criterios para la creación y dotación de unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias. Según estos criterios, los centros hospitalarios con un número de camas pediátricas inferior a 30 (módulo A) recibirán un crédito de funcionamiento equivalente al asignado para dos unidades de Educación Infantil y Primaria y su cupo de profesorado será de un maestro.

Prácticamente todos los centros hospitalarios del Sacyl incluidos en este trabajo se adaptarían a este módulo A previsto en el convenio y sólo excepcionalmente alguno de ellos, por el elevado número de camas, podría considerarse en el módulo B (de 30 a 60 camas pediátricas).

A pesar de lo especificado en el convenio, que hace referencia a 14 hospitales del Sacyl, son 7 los que cuentan con aula hospitalaria. Estos siete hospitales son los siguientes:

- ♦ Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles de Ávila.
- ♦ Hospital General Yagüe de Burgos.

- ♦ Complejo Hospitalario de León
- ♦ Complejo Hospitalario de Salamanca.
- ♦ Complejo Hospitalario de Segovia.
- ♦ Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- ♦ Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Las transferencias tanto en materia educativa como sanitaria a las Comunidades Autónomas, no supusieron un cambio significativo en cuanto a los aspectos administrativos y organizativos en las aulas hospitalarias, pero es cierto que, cada gobierno regional y las Consejerías correspondientes, han conseguido grandes avances en el proceso de implantación definitiva en la sociedad de esta atención escolar al alumnado hospitalizado.

En nuestra Comunidad de Castilla y León, se han emitido distintos decretos, instrucciones y orientaciones para propiciar la interpretación e intervención sobre determinados aspectos educativos específicos del alumnado con necesidades educativas especiales. Así:

- *DECRETO 74/2000, de 13 de abril*, en el que se enmarca el Plan de Atención Socio-Sanitaria de Castilla y León, que contempla medidas para los niños con deficiencias o en situación de alto riesgo de padecerlas.

- *Impulso del Diálogo Social en Castilla y León. (11/2001)*, Acuerdo que establece la adecuada dotación de los centros educativos para la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales.

- *Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León.*

Esta Ley indica:

Los niños y adolescentes son, sin duda, titulares de derechos, particularmente de aquellos que resultan imprescindibles para garantizar la vida, la dignidad humana, el desarrollo pleno como personas y la activación de las capacidades y potencialidades antes descritas.

Es indiscutible que, en la actuación de esas capacidades y en el ejercicio de esos derechos, los menores se encuentran, por su condición de tales, en una situación de debilidad, inferioridad e indefensión, constituyendo por ello un sector de población caracterizado por una especial vulnerabilidad. Este hecho determina, por una parte, la necesidad de dispensarles una protección jurídica y administrativa que para ser eficaz debe plantearse como un plus específico y particularmente intenso respecto del previsto para el común de las personas, y, por otra, la obligación de todos los poderes públicos de asegurarla en relación con todos los aspectos y desde una concepción de integralidad.

La eficacia de esta acción de protección debe identificarse con la creación de las condiciones que favorezcan en cada menor el pleno desarrollo de su personalidad y propicien su integración, familiar y social, paulatina y activa.

Para contribuir a la creación de esas condiciones favorecedoras y desde la pretensión de establecer un marco normativo de carácter general que garantice a los niños y adolescentes de la Comunidad de Castilla y León el ejercicio y desarrollo de la totalidad de los derechos que les corresponden, así como los niveles exigibles de calidad de vida y bienestar social, se dicta la presente Ley.

- *Decreto 18/2003, de 6 de febrero, por el que se crea la Comisión Interconsejerías para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.*

- *LEY 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.*

En relación con los grandes avances médicos esta Ley confirma la plena atención médica a los ciudadanos:

“...es necesario mencionar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, o, en el ámbito más específicamente sanitario, la Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa de 1994, promovida por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.”

En España, y sobre la base de la Constitución Española de 1978, vértice de nuestro ordenamiento jurídico, la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 estableció en su artículo 10 un catálogo de derechos sanitarios con carácter de normativa básica aplicable en todo el territorio nacional. En el ámbito de Castilla y León, esta carta de derechos encontró acogida en el Título I de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario.

- *El Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad para Castilla y León. 2004*

Es un documento de carácter general sobre las medidas previstas para dar respuesta a las necesidades educativas del alumnado y a su orientación educativa. Supone el inicio de un proceso de planificación a gran escala para adecuar las medidas arbitradas a las características propias de Castilla y León.

El Plan autonómico completo de Atención Educativa a la Diversidad se estructura según el siguiente esquema:

A) *Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad*

Es un documento de bases y que aparece organizado en una serie de características, objetivos, medidas de actuación, fases de desarrollo, evaluación y previsiones presupuestarias.

B) *Planes específicos de Atención a la Diversidad*

Que detallan aspectos específicos del Plan.

A partir de la aprobación del referido Plan a finales del año 2004 (por acuerdo de 18 de diciembre de 2003 de la Junta de Castilla y León), se ha comenzado a dar cumplimiento a los compromisos expresados, mediante la elaboración de los planes específicos referidos al alumnado con necesidades educativas asociadas a su diversidad cultural, al alumnado con superdotación intelectual, a la orientación educativa, a la prevención y control del absentismo escolar y a la atención al alumnado con necesidades educativas especiales.

Los seis planes aprobados son:

1) Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad para Castilla y León.

En los últimos años se han dado pasos fundamentales en el proceso de adecuación de las distintas enseñanzas a los alumnos con necesidades educativas específicas, pero en estos momentos la Consejería de Educación se plantea la adaptación y actualización de las medidas de atención que se vienen aportando a las características geográficas, demográficas, culturales, etc. propias de esta Comunidad

2) Plan de Atención al Alumnado Extranjero y de Minorías. Aprobado mediante Orden de 29 de diciembre de 2004 de la Consejería de Educación.

Castilla y León participa de la tendencia generalizada a la multiculturalidad y por tanto: un objetivo fundamental es garantizar

a cada alumno la respuesta educativa más adecuada a sus características personales, en función de su diversidad cultural.

3) **Plan de Atención al Alumnado con Superdotación Intelectual.** Aprobado mediante Orden de 7 de abril de 2005 de la Consejería de Educación

El alumnado con capacidades excepcionalmente altas presenta unas necesidades educativas específicas, propias de sus circunstancias de superdotación, que le distinguen e individualizan respecto a otras necesidades educativas específicas.

4) **Plan de Orientación Educativa.** Aprobado por Orden de 13 de febrero de 2006 de la Consejería de Educación

Por esta vía se da respuesta a las necesidades que tienen todos los alumnos de ser asesorados y ayudados en distintas vertientes durante su proceso de escolarización.

5) **Plan de Prevención y Control del Absentismo Escolar.** Aprobado mediante Orden de 21 de septiembre de 2005 de la Consejería de Educación

Se hace necesario avanzar en el control y en la prevención del absentismo escolar para defender el derecho constitucional a la educación

6) **Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.** Aprobado mediante Orden de 23 de marzo de 2007, de la Consejería de Educación. Éste señala unos Subplanes:

Los subplanes que establece son:

- Subplán de Atención a las N.E.E. asociadas a discapacidad,
- Subplán de Atención a las N.E.E. asociadas a trastornos graves de la conducta, y

- **Subplán de Atención a las N.E. asociadas a la enfermedad.**

Para nuestro interés, destacamos:

EL SUBPLÁN DE ATENCIÓN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD.

El Subplán comprende: la justificación del subplán de atención a las necesidades educativas asociadas a enfermedad, los objetivos, las áreas de actuación educativa y las medidas de actuación.

Explícitamente se presenta:

La situación de enfermedad de un alumno suele entrañar determinadas necesidades educativas. Las características de la enfermedad pueden ser muy diversas y también lo son las posibles incidencias para su proceso educativo y las medidas que procede aplicar según los casos.

Desde el punto de vista educativo, resulta especialmente relevante el nivel de significatividad de las necesidades educativas asociadas. Por ello, cabe realizar una distinción genérica entre situaciones de enfermedad que conllevan “necesidades educativas especiales” o situaciones de enfermedad que implican necesidades educativas de otro tipo, que con frecuencia se trata de “necesidades de compensación educativa”.

A su vez, cada una de estas situaciones básicas admiten una casuística muy variada y se han ido abordando de forma diferenciada.

El espectro de situaciones puede ser muy amplio si tenemos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Por lo que se refiere al ámbito escolar, procede centrar la atención en enfermedades prevalentes en la infancia y que presentan también a veces un carácter invalidante.

En ocasiones este alumnado presenta necesidades educativas específicas, con distinto grado de significatividad, pudiendo llegar a ser necesidades educativas especiales.

Algunas de las vías de atención que proceden han sido ya especificadas en la Orden EDU/184/2005, de 15 de febrero, por la que se desarrolla el proceso de admisión del alumnado en la Comunidad de Castilla y León, a propósito de la escolarización del alumnado con necesidades educativas específicas.

JUSTIFICACIÓN DE UN SUBPLÁN DE ATENCIÓN A LAS N. E. ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD

Las enfermedades que afectan a los escolares son uno de los aspectos que, conjuntamente con el aprendizaje o el comportamiento, constituyen una problemática importante en el ámbito escolar.

El profesorado ha mostrado de forma reiterada su preocupación ante las respuestas especializadas que pueden requerir estos alumnos. A los distintos profesionales, educativos o sanitarios, les compete dar las oportunas respuestas en cada caso. Por lo que se refiere a la respuesta educativa que procede en cada ocasión, hay que partir de un diagnóstico clínico y, en determinados casos, también de unas orientaciones y valoración psicopedagógica. Ello implica una intervención educativa muy vinculada a las actuaciones de carácter estrictamente sanitario, pero que se pueden aplicar en ocasiones dentro del ámbito escolar.

Una educación de calidad en este campo sólo será posible a partir de una actuación coordinada y armónica.

Es necesario considerar una serie de características de las enfermedades que pueden tener incidencia:

- Su nivel de prevalencia en la población escolar.
- Su duración.
- Su efecto invalidante.

Las enfermedades muestran en la infancia y adolescencia distintos grados de prevalencia, mientras unas poseen una elevada incidencia en la población escolar (asma, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, afección dermatológica, enfermedad celíaca, etc.) otras manifiestan una baja proporción en estas edades. Unas y otras pueden implicar algún tipo de necesidades y pueden requerir de respuestas adaptadas.

No obstante, las primeras deben ser priorizadas en el momento de desarrollar actuaciones preventivas y de adecuación del contexto escolar.

Por otra parte, la previsible duración de una afección o enfermedad debe ser especialmente tenida en cuenta, respecto al tipo de atención aportado y la posible adecuación del contexto o la organización escolar. Requieren una atención especial las que son de duración larga o que llegan a una situación de cronicidad. Las enfermedades crónicas se manifiestan durante largos períodos de tiempo y tienden a no mejorar ni a desaparecer. Estos alumnos padecen de forma ocasional los períodos de crisis, pero siempre tienen el riesgo de su aparición. Las limitaciones impuestas por la enfermedad y los tratamientos médicos frecuentes o continuos suelen afectar de forma importante al rendimiento escolar y a su integración social. Por ello, con frecuencia presentan necesidades educativas especiales. También deben ser consideradas aquí las enfermedades con trastornos ortopédicos y neurológicos.

En función de todo ello, son objeto de atención en el Plan y se hace necesario individualizar un subplán dedicado a la atención a las necesidades educativas asociadas a enfermedad.

A los efectos del Plan se denominarán “aulas hospitalarias” a las denominadas “unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias”.

OBJETIVOS:

Se plantean los siguientes objetivos:

- ♦ Identificar al alumnado con necesidades educativas derivadas de enfermedad.
- ♦ Desarrollar actuaciones escolares preventivas respecto a los casos con riesgo de enfermedad y prevenir posteriores dificultades de aprendizaje.
- ♦ Desarrollar medidas para garantizar la intervención ordinaria, así como la extraordinaria, en el ámbito escolar.
- ♦ Favorecer el desarrollo evolutivo del alumno enfermo al asegurar la continuidad del proceso educativo.
- ♦ Propiciar una coordinación sistemática entre todas las instancias con responsabilidades en el tema de la enfermedad del alumnado.
- ♦ Facilitar una formación específica a los profesionales vinculados a la atención educativa a niños enfermos.

ÁREAS DE ACTUACIÓN EDUCATIVA:

Los anteriores objetivos se constituyen en áreas de actuación que conllevan la formulación de medidas e indicadores específicos. Así pues, se definen las siguientes áreas de actuación educativa:

Área de actuación nº 1: *Identificación*

Área de actuación nº 2: *Prevención escolar.*

Área de actuación nº 3: *Intervención.*

Área de actuación nº 4: *Coordinación.*

Área de actuación nº 5: *Formación*

MEDIDAS DE ACTUACIÓN:

ÁREA DE ACTUACIÓN Nº 1: IDENTIFICACIÓN

El objetivo sería identificar al alumnado con necesidades educativas derivadas de enfermedad, y las medidas a llevar acabo serían: Identificación de las posibles necesidades y actuaciones educativas a partir del correspondiente diagnóstico médico; especificación funcional de características de la enfermedad en los informes médicos que posibilite la adecuada identificación de las necesidades educativas; favorecer el diagnóstico médico a partir de la observación de posibles síntomas y la evaluación psicopedagógica respecto a posibles necesidades educativas o asistenciales derivadas de su enfermedad.

ÁREA DE ACTUACIÓN Nº 2: PREVENCIÓN ESCOLAR

Su objetivo es desarrollar actuaciones escolares preventivas respecto a los casos con riesgo de enfermedad y las medidas: Desarrollo de actividades conjuntas con servicios susceptibles de intervenir en este campo, para aunar las perspectivas educativa, sanitaria y social; desarrollo y actualización de un protocolo específico de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos. En relación con ello, es importante la colaboración de los centros de Salud en la formación sanitaria que se precise. Aplicación de Programas de sensibilización preventiva para la acogida e integración de los alumnos con tratamientos de larga duración o con secuelas y preparación para mantener la comunicación en tratamientos de larga duración, así como una buena acogida y reincorporación al centro escolar de origen, entre otras.

ÁREA DE ACTUACIÓN N° 3: INTERVENCIÓN

El objetivo es desarrollar medidas para garantizar la intervención en el ámbito escolar y favorecer el desarrollo evolutivo del alumno enfermo al asegurar la continuidad del proceso educativo.

Algunas medidas previstas son:

- La rápida intervención y seguimiento de acuerdo con un protocolo unificado, que tendrá en cuenta al alumno y su contexto, con actuaciones en el ámbito escolar, personal, familiar, médico y social, realizadas de forma coordinada; intervenciones individuales, con especificaciones sobre posibles adaptaciones del currículo.
- Programas de intervención de carácter terapéutico (con independencia de las medidas preventivas), con especificación de la etapa educativa y de objetivos.
- Regulación normativa de la atención educativa al alumno enfermo para aquellas situaciones de hospitalización o de convalecencia en su propio domicilio.
- Establecimiento de un procedimiento específico para las aulas hospitalarias.
- Información a las familias de la existencia del aula hospitalaria y su función.
- Motivación a estos alumnos para mantener su inquietud por aprender.
- Evaluación de las actividades curriculares en las estancias largas.
- Promoción de las tecnologías de la información y la comunicación para la atención educativa del alumnado que no puede llevar a cabo una escolarización regular por razones de enfermedad.

- Adecuada integración escolar del alumno una vez superada la enfermedad e iniciativas de colaboración entre centro escolar y familia que permitan la continuidad de tratamientos médicos precisos.

ÁREA DE ACTUACIÓN N° 4: COORDINACIÓN

El objetivo es propiciar una coordinación sistemática entre todas las instancias con responsabilidades en el tema de la enfermedad del alumnado.

Las medidas, entre otras son:

- Establecimiento de marcos de colaboración específica, de carácter regional, con los servicios sanitarios para la atención educativa del alumnado hospitalizado.
- Coordinación específica del profesorado de las aulas hospitalarias con el centro de referencia donde está escolarizado el alumno.
- Establecimiento de protocolos para la derivación e intervención con el alumnado enfermo así como para sistematizar la coordinación entre los distintos agentes y sectores (aulas hospitalarias, servicios sanitarios, centro de referencia del alumno, familia, atención domiciliaria).
- Convocatoria de subvenciones para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria.

ÁREA DE ACTUACIÓN N° 5: FORMACIÓN

El objetivo es facilitar una formación específica a los profesionales vinculados a la atención educativa a niños enfermos.

Entre las medidas, destacan: La atención, en los planes de estudios de los futuros profesores, a las respuestas educativas del alumnado con necesidades educativas asociadas a enfermedad. Diseño de programas de formación permanente específica dirigidos al profesorado en ejercicio, desarrollados a través de la

red de formación existente, en aspectos referidos a la atención a este alumnado y su contexto. Realización de cursos de actualización para la adquisición de estrategias educativas, métodos, técnicas... Congresos, Seminarios, Foros de encuentro o Jornadas.

Y como final, la evaluación pertinente.

- *Orden EDU/52/2005, de 26 de enero, relativa al fomento de la convivencia* en los centros docentes de Castilla y León.

- *Orden EDU/571/2005, de 26 de abril, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal* denominado “Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas” de la Consejería de Educación de Castilla y León. Base de datos ATDI.

Este fichero fue posteriormente inscrito en el Registro General de Protección de Datos y está dotado de un nivel de seguridad alto con el fin de contar con los sistemas de protección y seguridad necesarios requeridos por este tipo de datos.

Sucesivas instrucciones conjuntas de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa y de la Dirección General de Coordinación, Inspección y Programas Educativos, (la última el 12 de junio de 2007) han establecido el modo de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidades educativas específicas (alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, utilizando terminología de la LOE) escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

Los centros podrán actualizar, en cualquier momento, los datos personales relativos a sus alumnos con necesidad específica de apoyo educativo.

Se establecen cinco grupos:

ACNEE: Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

ANCE: Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa.

ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

LÍMITES: Con capacidad intelectual límite.

NEL: Alumnado con Necesidades Específicas de Lenguaje.

Con fecha 9 de enero de 2009 se firma una nueva instrucción conjunta, en este caso de las Direcciones Generales de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa y de Calidad, Innovación y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León. Se establece también un periodo transitorio para adaptar los datos a la nueva clasificación ATDI que establece siete grupos:

ACNEE: Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

RETRASO MADURATIVO (Exclusivamente para Educación Infantil).

ANCE: Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa.

ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE.

DIFICULTADES ESPECÍFICAS DEL APRENDIZAJE.

LÍMITES: Con capacidad intelectual límite.

▪ *Decreto 57/2005, de 14 de julio, por el que se aprueban los Planes Regionales Sectoriales de Atención y Protección a la Infancia, de Atención a las Personas Mayores, de Atención a las Personas con Discapacidad, y de Acciones para la Inclusión Social.*

▪ *Orden EDU/1169/2009, de 22 de mayo*, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

La valoración global de toda esta evolución de la normativa nos lleva a afirmar que para resolver la escolarización de los niños ingresados en centros hospitalarios o convalecientes, con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE), Capítulo V, artículo 63.1 y la Ley 13/1982 de 7 de Abril, se sentaron las bases y la política compensatoria destinada a resolver la escolarización de los niños ingresados en centros hospitalario o convalecientes, teniendo muy presentes los derechos del niño hospitalizado, que se recogen en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado aprobada por el Parlamento Europeo en 1986 (Serie A- Documento A 2-25/86-14 de abril de 1986).

A raíz de la asunción de competencias, tanto educativas como sanitarias, por parte de las Comunidades Autónomas, las aulas hospitalarias han pasado a depender de los respectivos organismos autónomos competentes en la materia y cada uno de ellos ha ido ampliando la legislación y creando una normativa caracterizada por una mayor concreción en los aspectos relacionados con el complejo entramado de la atención escolar al alumno hospitalizado o convaleciente, de acuerdo con las características peculiares de cada Comunidad.

La legislación actual reconoce el derecho de los alumnos en edad escolar obligatoria a recibir la ayuda necesaria para asegurar el rendimiento escolar y la utilización de las TIC's representan una opción más atractiva para continuar con los aprendizajes curriculares, como actividad lúdica, como instrumento de comunicación, y para elaborar materiales relacionados con la salud – eje transversal del currículum-.

2. RESPUESTAS EDUCATIVAS DESDE LAS AULAS HOSPITALARIAS.

2.1. Las aulas hospitalarias en España y en algunos países de Europa e Iberoamérica.

Basándonos en la legislación anteriormente expuesta, en España, como en el resto de Europa y en algunos países de Iberoamérica, se ha ido desarrollando un modelo de intervención educativa con la infancia y adolescencia hospitalizada, a lo largo de los años, concretándose en la creación de las aulas hospitalarias.

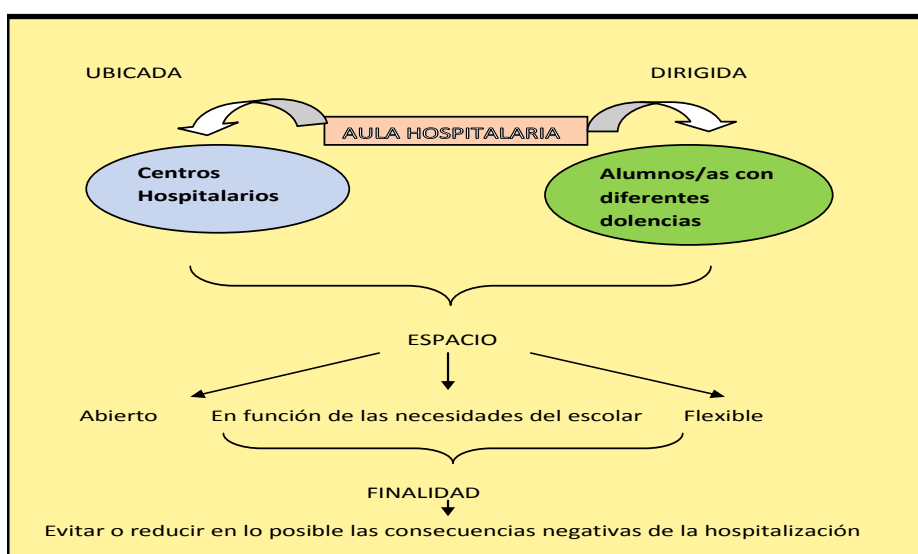


Gráfico 4: Esquema de situación y función de aulas hospitalarias

El *aula hospitalaria*, también llamada *Unidad de apoyo en instituciones hospitalarias* o *Unidad pedagógica hospitalaria*, tiene como objetivo fundamental la atención escolar a los niños y adolescentes hospitalizados, atendiendo con ello a uno de los principales derechos recogidos en el Artículo 29 de la Ley 13/1982 sobre la Integración Social de los Minusválidos (LISMI), en el que

establece que en todos los hospitales en los que se cuente con servicios pediátricos se dispondrá “de una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales”.

En España las primeras escuelas dentro de un hospital surgieron en los años cincuenta en centros dependientes de la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Cuando, alrededor de 1965, la epidemia de poliomielitis arrasaba entre la población infantil española, se planteó la necesidad de ayudar a estos niños no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el educativo. De esta forma surgen una serie de Unidades escolares en varias instituciones sanitarias de nuestro país: en el Hospital de Oviedo, en la Fe de Valencia, en Manresa (Barcelona), también bajo los Hermanos de San Juan de Dios; y en los madrileños Niño Jesús, La Paz, Clínico, Gregorio Marañón y Hospital del Rey. Esta iniciativa tuvo su continuidad, en 1974, a raíz de la apertura del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

La publicación de la LISMI, como ya indicamos anteriormente, supuso un gran paso para asegurar el derecho que todo niño tiene a la educación, incluso los niños enfermos y hospitalizados.

En la actualidad, la mayor parte de los centros hospitalarios de España cuentan con una o varias aulas, en función del número de camas pediátricas y de las necesidades asistenciales especiales de los escolares, así como la adecuada dotación de profesorado.

Las diversas situaciones que atraviesan estos alumnos han motivado la concreción de diferentes modalidades de atención:

- Aulas hospitalarias, en el centro hospitalario.
- Servicio de Atención Domiciliaria, apoyo educativo que se proporciona al alumnado de convalecencia larga, en el domicilio.

- Aulas en unidades de hospitalización de Psiquiatría Infanto-juvenil y en Hospital de Día.

Al igual que en los hospitales españoles, en Europa, se viene trabajando desde hace tiempo, con los niños hospitalizados, en los diferentes hospitales, con el fin de minimizar en la medida de lo posible los efectos negativos que su enfermedad les puede ocasionar tanto desde el punto de vista psicológico, como educativo o familiar.

Según la información que poseemos y de acuerdo también con los datos ofrecidos desde HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe) la situación en Europa sería la siguiente:

En Alemania, desde comienzos de los años veinte un grupo de pediatras se percató de la necesidad de educación y escolarización de sus pacientes pediátricos. En los últimos cincuenta años los pediatras y algunos profesores pidieron el establecimiento de escuelas en los centros hospitalarios alemanes. En 1968 surgió, por iniciativa de los padres, un Comité de acción a favor de los niños hospitalizados "Aktionskomitee Kind in Kruskenhaus" (AKIK)

Actualmente, al igual que ocurre en España, con las diferentes comunidades autónomas, cada uno de los 16 estados alemanes tiene una normativa referente a esta atención y la Asociación encargada de coordinar estas actuaciones, tiende a conseguir la mejora de la calidad en las aulas hospitalarias.

Se persigue el establecimiento de una Pedagogía específica para el niño hospitalizado y una formación pedagógica específica para el profesorado. En la Universidad de Dortmund hay un proyecto de formación centrado en la enseñanza hospitalaria.

En Austria la importancia dada a la educación de los niños enfermos fue reconocida en fechas tempranas. La enseñanza en los hospitales vieneses comenzó por iniciativa de pediatras y pedagogos, quienes establecieron la necesidad de una cooperación médico-pedagógica en la ayuda a los jóvenes pacientes. (Freund, 1982). En

1917 se inició el primer proyecto piloto de una escuela hospitalaria al abrirse un aula en la Clínica Universitaria Infantil de Viena. Entre esta fecha y 1939 se fueron impartiendo clases en diversos hospitales pero durante la II Guerra Mundial dicha actividad se vio muy reducida. En 1948 se unificaron todas las aulas hospitalarias bajo el nombre de "Escuelas Especiales en sanatorios para Chicos y Chicas Deficientes Físicos".

Por el Acta de Educación Pública de 1962 se instituyó la *Escuela hospitalaria de Viena* como una escuela independiente con sus propios derechos. A partir de aquí se fue extendiendo y aumentando el número de escuelas hospitalarias en diferentes ciudades austriacas, y todas las líneas de actuación descritas para la Escuela hospitalaria de Viena se hicieron extensibles al resto de las escuelas hospitalarias austriacas.

En cada hospital hay dos tipos de profesores: profesores de materias generales y profesores de materias específicas.

En Dinamarca hay una larga tradición de educación hospitalaria. La educación escolar de niños hospitalizados se inició en 1875, cuando el *Coast Hospital* para niños tuberculosos, contrató un profesor financiado con los fondos del hospital.

Desde 1945 el sistema educativo de Copenhague instituyó la educación para aquellos niños que fueran ingresados en departamentos de pediatría. En 1965 el Ministerio de Educación, en una circular basada en el Acta de Educación de 1962, estableció que todos los niños ingresados debían de recibir educación escolar.

En 1981 se creó la Asociación danesa de Profesores Hospitalarios.

En Polonia la atención hospitalaria depende, a nivel de financiación, de los gobiernos locales. Cuentan con aulas hospitalarias diversos hospitales como en los de Gdansk o Varsovia

y en otros, como en el de Slupsk, los niños enfermos son atendidos por profesores procedentes de la escuela pública.

Inglaterra y Francia son países pioneros en este tipo de actuación educativa, que tiene a los niños enfermos como centro de su actuación.

En 1959 el gobierno del Reino Unido se pronunció a favor de la atención a los niños hospitalizados y estableció unas recomendaciones entre las que podemos destacar que los niños debían de estar al cuidado de un personal debidamente formado capaz de comprender las necesidades especiales de estos niños; y a todo niño hospitalizado debían de ofrecérsele actividades educativas y lúdicas (Gull, 1987; Falck, 1987).

En 1961 se fundó la *National Association for the Welfare of Children in Hospital* (NAWCH) con el fin de dar alcance a estas recomendaciones. Esta Asociación tiene como fundamento el cuidado de todos los niños hospitalizados

En 1984 esta Asociación publicó una carta sobre los niños hospitalizados que fue enviada al Parlamento Europeo. El Parlamento desarrolló esta carta en un documento más extenso, que fue completado en mayo de 1986, dando lugar a la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado.

En la ciudad de New Castle se creó, en 1985, un órgano para coordinar todos los servicios existentes para la educación de niños hospitalizados (*Hospital Teaching Service*). El proyecto se llevó a cabo en el Freeman Hospital, por Susan Goodman.

En Francia esta actividad de enseñanza a niños hospitalizados está muy desarrollada desde la década de los 50, impartida por profesores con tres años de formación general y dos de formación especializada para su actuación en hospitales.

El servicio corre a cargo de instructores que cuentan con un certificado de aptitud para la enseñanza de niños inadaptados (opción niños enfermos). Las escuelas están dirigidas por médicos y, aunque dependen del Ministerio de Sanidad funcionan siguiendo las instrucciones del Ministerio de Educación Nacional.

El aspecto terapéutico tiene siempre prioridad sobre el pedagógico.

En octubre de 1983 apareció una circular ministerial cuyas recomendaciones iban encaminadas a favorecer nuevas iniciativas en los hospitales como tener en cuenta las necesidades específicas del niño, el derecho a recibir una información adecuada, etc. A raíz de esta circular se creó en París la asociación APACHE "*Association pour l'Amélioration des conditions d'Hospitalisations des Enfants*". Dicha Asociación, desarrolla actividades encaminadas a la sensibilización, formación e información de la población sobre el tema de la hospitalización infantil.

Se puede citar como destacable el hospital de la Timone (Marsella) como modelo de hospital en el que el niño es el rey. En cuanto el niño enfermo llega al hospital, cualquiera que sea el servicio en que vaya a ser ingresado, puede elegir en un gran zoo de muñecos, aquel que será su amigo durante su estancia en el hospital, y que le acompañará incluso en la sala de operaciones. El hospital marsellés es uno de esos escasos establecimientos cuyo personal ha comprendido que el juego es el elemento "normalizador" y "reparador" de primera importancia. También el Hospital Robert Debré en París es otro hospital modelo en muchos de sus aspectos, incluso en su arquitectura; cuenta con una calle central en la que hay, por supuesto, una "casa de los niños".

En Noruega la educación hospitalaria está regulada por una serie de leyes y las responsabilidades administrativas se comparten entre dos ministerios: el de Educación y el de Salud. Desde 1969 las actividades educativas en los hospitales noruegos han aumentado

sustancialmente y las condiciones educativas de los niños hospitalizados han mejorado durante los últimos años.

En Suecia desde hace varios años se está desarrollando un intenso movimiento en favor de la situación de los niños hospitalizados y de sus padres.

El interés por las necesidades particulares de los niños enfermos ha crecido considerablemente en los últimos 35 años y el tratamiento y cuidado que los niños reciben en los hospitales suecos es hoy un modelo a seguir por otros países. Son diversas las causas que han contribuido a este desarrollo, pero sin duda alguna la más importante es la influencia ejercida por la "terapia lúdica" (Lindquist, 1977).

En Eslovenia la actuación de las aulas hospitalarias cuenta también con una amplia tradición que se remonta, al menos, a 1951. También Eslovenia se ha unido a otros países europeos que consideran como vital la atención escolar domiciliaria, ya que de esa forma se garantiza la totalidad del proceso enseñanza aprendizaje del niño enfermo, hasta que se incorpore ya recuperado a su centro de origen.

En otros países, como Irlanda, Bélgica, Italia, Croacia, Rumania, tanto la atención hospitalaria como la domiciliaria encuentra un hueco dentro de su sistema educativo.

Son numerosos también los Proyectos que se llevan a cabo en el ámbito pedagógico, para intentar mejorar diferentes aspectos que inciden en la atención escolar a este alumnado hospitalizado y convaleciente.

Así podemos citar: El proyecto Klini es una revista escolar europea realizada a través de producciones (textos, artículos, juegos, etc.) de jóvenes enfermos hospitalizados. La revista, que se publica en tres idiomas (francés, alemán e italiano), se reparte gratuitamente en las ciudades de los países que participan en este proyecto y que

son: Luxemburgo (Luxemburgo), Nancy, Remiremont, Thionville (Francia), Bruselas (Bélgica), Roma (Italia) y Lorrach (Alemania).

En Irlanda se está llevando a cabo el denominado “Áit Eile” (otro mundo). En el proyecto participan doce hospitales irlandeses y tiene como finalidad la comunicación, vía correo electrónico o videoconferencia.

Proyecto sueco, “Caroline y Christer” para garantizar que los niños enfermos puedan relacionarse desde sus casas con el entorno.

El Proyecto alemán es un proyecto de investigación multidisciplinar, basado en la ayuda que los profesores del ámbito hospitalario pueden ofrecer a los profesores del colegio de referencia del niño enfermo.

En algunos países de Iberoamérica la atención escolar al alumnado hospitalizado, cuenta ya también con una tradición de bastantes años.

En América hay aulas en Chile, Argentina, Brasil, Perú, Cuba, etc.

Se ha tratado de traer la escuela al hospital, pero, al mismo tiempo “sacar” a los niños y jóvenes del hospital, y actualmente se está haciendo como en el resto de aulas mediante las Nuevas tecnologías, Internet.

En Chile, la Fundación Carolina Labra Riquelme, viene desarrollando desde 1997, un amplio trabajo tanto a nivel nacional como internacional.

La Escuela hospitalaria n° 1 fundada en el hospital de niños Dr. Gutiérrez Gallo, de Buenos Aires tiene su origen en 1946 y en la actualidad, tras grandes cambios, continúa con su finalidad educativa.

En Perú, el Hospital “San Juan de Dios” en la ciudad de Arequipa, inició un programa de nuevas tecnologías en el aula, gracias al acuerdo firmado entre el Ministerio de Educación y Salud y la Fundación Telefónica.

La actividad hospitalaria se está abriendo paso, igualmente, en otros países de esta zona, entre ellos los de Méjico, Cuba, Venezuela, etc.

Incluso en países tan lejanos como Australia o Japón la actividad educativa hospitalaria que se lleva a cabo es muy similar a lo que se hace en el resto de hospitales europeos o americanos, aunque en Japón tiene unos componentes especiales.

2.2. Las aulas hospitalarias en la Comunidad de Castilla y León.

Como hemos ido viendo, los inicios de la atención educativa al alumnado hospitalizado se remontan a mediados del siglo XX, y de la misma forma, en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, esta atención educativa se llevó a cabo de manera altruista por personas o asociaciones voluntarias, al margen de la Administración Educativa y Sanitaria.

En Valladolid la actividad del centro San Juan de Dios, especializado en la atención a personas con discapacidades psíquicas, se remonta al año 1960, contando también con centros de atención médica y social en otras ciudades de la región como Palencia, Burgos y León.

La poliomielitis, en el año 1965, como gran azote a la salud, hizo plantear la necesidad de una atención educativa especial a los niños enfermos, y años más tarde en 1981, la temida “Enfermedad de la colza”, con gran incidencia en la región de Castilla y León, (fueron 686 los afectados por la colza sólo en Palencia, según la Unidad de Gestión de Prestaciones Económicas y Sociales del

Síndrome Tóxico de la Seguridad Social), reclamaba una atención sanitaria y escolar especial.

Pero es la filosofía de la integración escolar y el proceso de Humanización de los hospitales iniciado en esa década de los 80, los aspectos determinantes para la creación de las aulas hospitalarias, en su concepto actual. En el caso de la Comunidad de Castilla y León, el Convenio de aulas hospitalarias, establecido en su día entre el Ministerio de Educación y Ciencia (M.E.C.) e INSALUD, está actualmente subrogado por la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad, SACYL, de La Junta de Castilla y León.

Pasamos a exponer ahora, las diferentes aulas hospitalarias que funcionan en nuestra Comunidad, dependientes de la Administración Educativa, desde la década de los 80, del siglo XX, y que son las correspondientes a los Hospitales:

- Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Año de inicio del aula: 1985)
- Hospital del Río Hortega de Valladolid (Año de inicio del aula: 1987)
- Hospital General Yagüe de Burgos (Año de inicio del aula: 1989)
- Hospital Universitario de Salamanca (Año de inicio del aula: 1995)
- Hospital General de Segovia (Año de inicio del aula: 1995)
- Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles de Ávila (Año de inicio del aula: 1995)
- Hospital Princesa Sofía de León (Año de inicio del aula: 1997).

2.3. Breve reseña histórica de los hospitales con aula hospitalaria en Castilla y León.

Dado que el objeto de nuestro estudio son las actuaciones educativas en las instituciones hospitalarias de Castilla y León, es obligado incluir una breve reseña histórica de esos centros hospitalarios que “acogen” a las aulas hospitalarias, y cuentan con profesorado dependiente de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, e influyen en gran manera en la dinámica de estas unidades escolares, teniendo lógicamente sus transformaciones una repercusión inevitable en el funcionamiento de las mismas.

Hacemos la presentación de los centros hospitalarios, recogiendo los datos que aparecieron plasmados en el nº 1 de las Revistas de aulas hospitalarias de Castilla y León de fecha 1 de enero de 2004 (anexo 2 a) y los datos aportados por la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma (<http://www.jcyl.es>) y los presentamos según el orden cronológico de creación de las aulas hospitalarias, indicando las fechas de inicio de la actividad escolar en cada una de las Unidades escolares.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Herederero del antiguo Hospital Provincial de la Resurrección, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, situado en la Avda. Ramón y Cajal, inició su actividad oficial el 3 de enero de 1978. Esta fecha pone fin a un largo proceso que comenzó a principios de los años 70, orientado a sustituir unas instalaciones que desarrollaban su actividad desde 1889.

Era necesario dotar a Valladolid y a su Universidad de un nuevo centro que, basado tanto en cambios estructurales como organizativos, permitiera afrontar las nuevas necesidades asistenciales, así como potenciar las labores docentes e investigadoras. Se trataba de proporcionar a la población de Valladolid un centro capaz de dar respuesta a las necesidades de los nuevos tiempos y situarla en disposición de asumir los nuevos retos.

El proyecto, sin embargo, no se desarrolló en toda su extensión, toda vez que inicialmente incluía un segundo edificio destinado a servicios materno-infantiles que, una vez construido, ha sido utilizado como Residencia Universitaria. Ello impuso la inclusión y acondicionamiento de dichos servicios en el edificio general, con la consiguiente repercusión en el espacio para el resto de Unidades del hospital.

El día 1 de Enero de 2002, fue transferido, junto con el resto de los servicios asistenciales del INSALUD, a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, integrándose en su red sanitaria y formando parte de SACYL.

El Hospital Clínico Universitario, cuenta desde el año 2009, con UCI pediátrica y con Servicio de Cirugía pediátrica también.

El hospital Clínico es hoy una organización madura y equilibrada, consciente de su papel en la estructura sanitaria de Castilla y León, que aspira no sólo a satisfacer las necesidades de su población, sino a convertirse en centro de excelencia referente para toda la Comunidad.

También está previsto el comienzo en breve de un proyecto de reforma que supondrá una gran transformación de la Institución hospitalaria.

El aula escolar: Inició su andadura el Curso 1985-86

Hospital del Rio Hortega de Valladolid.

El Hospital Universitario del Rio Hortega, llamado así desde el 1 de enero de 1996, por comenzar a impartir desde esa fecha docencia pregrado en sus instalaciones, ha estado ubicado en la Avda. de Sta. Teresa hasta su traslado, en el año 2009, a las nuevas instalaciones situadas en el barrio de las Delicias, en la C/Dulzaina, 12.

Este Hospital se construyó en el año 1953 y recibió el nombre de Residencia Sanitaria "Onésimo Redondo", hasta el 4 de mayo de 1984 que se cambia el nombre por el de Hospital "Del Rio Hortega" como reconocimiento al insigne investigador vallisoletano.

Pasó por fases de ampliación (año 1974) y reformas diferentes, con el objetivo de ir adaptando los servicios a las nuevas necesidades asistenciales y a la incorporación de la alta tecnología.

Los edificios que conformaron el centro hospitalario eran: edificio principal, edificio de consultas externas, edificio administrativo, talleres y otras construcciones que albergaron instalaciones y servicios de apoyo.

El nuevo hospital Universitario Rio Hortega (HURH) se planteó con un concepto innovador y pionero en España; de arquitectura horizontal con amplios espacios flexibles, jardines interiores, organización moderna y tecnología de última generación... Alberga en la Planta 0 el Servicio de Pediatría.

El aula escolar: En el Curso 1987-88, se implantó el aula Escolar.

Hospital General Yagüe de Burgos.

El Hospital "General Yagüe", situado en la Avenida del Cid, presta asistencia sanitaria especializada a Burgos capital y su entorno y es el Hospital de referencia para el Área Sanitaria.

Consta de: Un edificio central que alberga fundamentalmente el área de hospitalización, Servicios Centrales de apoyo al diagnóstico, Urgencias, una parte de la actividad de consultas externas y el área administrativa y de gestión. Un centro de especialidades, cercano al núcleo de hospitalización pero sin conexión con él, donde se desarrolla buena parte de la actividad de consultas externas. Un centro concertado por la Dirección Provincial: el Consorcio Hospitalario Divino Valles, Consorcio

formado por la Excm. Diputación Provincial y la Junta de Castilla y León.

El servicio de cirugía pediátrica se inauguró a finales de 1977. En los primeros veinticinco años de vida han ingresado en el Servicio casi 40.000 niños y se han practicado 25.000 intervenciones quirúrgicas.

Se ha considerado durante bastante tiempo, este Servicio, como de referencia regional de Castilla y León.

En breve este hospital fraguado en la década de los 30 y que ha sufrido las lógicas innovaciones para acomodarse a los avances necesarios, será sustituido por uno nuevo.

El aula Escolar: Comenzó a funcionar en el año 1989.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

El Hospital Clínico Universitario de Salamanca es un complejo sanitario compuesto por diferentes centros.

En 1965 se inaugura el primer centro hospitalario Virgen de la Vega y el centro de especialidades anexo al mismo.

Fue en 1975 cuando se inaugura el Edificio Materno-Infantil y el Hospital Clínico, dependiente de la Universidad Civil de Salamanca hasta 1987 y se integra en la red de la Seguridad Social.

En 1988, el Hospital Universitario de Salamanca comenzó a funcionar como un órgano de gestión único, con cuatro edificios ubicados en la ciudad.

El aula escolar: Inició su actividad en el año 1995-96

Hospital General de Segovia.

El año 1942 marca el origen del Complejo Hospitalario de Segovia, siendo en esa fecha cuando se aprobó la construcción intramuros de la Ciudad, de una clínica que se denominaría "18 de Julio", actualmente Hospital Policlínico, inaugurándose a mediados de los años 40.

El hoy Hospital General inició su andadura el 20 de noviembre de 1974.

Su localización es la carretera de Ávila y tuvo el nombre de "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Licinio de la Fuente".

La unión de los dos hospitales, que originaron el Complejo, se produjo en el año 1989, asignándoles algunas consultas y servicios centrales del antiguo Ambulatorio Ntra. Sra. de la Fuencisla.

En febrero del año 2000, comenzaron los trabajos de remodelación del Hospital General que le han transformado totalmente, configurando la estructura actual del mismo.

El aula escolar: En 1995 es cuando comienza a atender a los alumnos hospitalizados.

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles.

Hasta el año 1976, fecha en la que el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles comienza su andadura, el panorama sanitario de la provincia de Ávila era deficiente, al menos, en lo que a la provisión de camas de titularidad pública se refiere.

La tipología del edificio, construido es de torre y pódium. Tiene 8 plantas de altura, cinco en la torre dedicadas a Servicios médicos, más una planta sótano para Servicios básicos e instalaciones.

Para paliar las necesidades sanitarias que surgen con el paso del tiempo se definió un Plan Director dividido en tres fases. El objetivo final era la reforma, modernización y ampliación de todas de las áreas e instalaciones.

Con el inicio del año 2002 se dio paso a un nuevo escenario en el Sistema Nacional de Salud español, ya que se efectuaron las transferencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas, hasta entonces pertenecientes al INSALUD.

El aula escolar: Se inicia la actividad en el Curso 1995-96.

Hospital princesa Sofía de León.

El Hospital de León es un complejo hospitalario formado por dos centros:

La Residencia Virgen Blanca (del entonces INSALUD).

El Hospital General Princesa Sofía (de la Diputación de León).

El Hospital General Princesa Sofía se concibió durante la etapa de remodelación y transformación del antiguo Hospital San Antonio en el Hospital General de León. Desde los primeros años de su funcionamiento se trabajó intensamente en desarrollar esta iniciativa profundamente innovadora que era presidida por una imperiosa necesidad y con la idea central de calidad asistencial.

Durante años a pesar de no haber entendimiento entre el Hospital Princesa Sofía y el Hospital Virgen Blanca de la Seguridad Social, ambas instituciones eran complementarias y se necesitaban mutuamente. Fue necesario un organismo a nivel nacional, el INSALUD, quien sentó las bases para la integración que se produjo en el año 1990.

Hoy, tras el paso inexorable de los años y superada la dificultad que entraña la fusión de dos hospitales que nacieron de madres diferentes, con distinta etiqueta, el Hospital dejó a un lado

del camino su apelativo, al igual que la Residencia dejó el suyo y ambas instituciones, a través de acuerdo a nivel nacional, se han fundido o integrado en lo que se conoce como Hospital de León; actualmente Complejo asistencial Universitario de León.

El aula escolar: Comienza su andadura en el año 1997-98.

2.4. Proyectos y realizaciones de las aulas hospitalarias en nuestra Comunidad.

Entre los proyectos y realizaciones podemos citar:

El proyecto de EDUCALIA en las aulas hospitalarias de Castilla y León, propiciado desde la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, se inició en el Curso 2001-02 en las siete aulas de nuestra Comunidad. EDUCALIA es una Web lúdico- educativa a la que se conecta desde cualquier ordenador y desde cualquier parte del mundo en la siguiente dirección <http://educalia.org>

Dio lugar a una intercomunicación entre las aulas hospitalarias participantes e impulsó el trabajo mediante videoconferencia entre las mismas.

Cuando la dinámica de comunicación se consolidó, se pasó a participar en chat con miembros del grupo y participaron alumnos de numerosas aulas hospitalarias.

La experiencia resultó gratificante y sirvió además para favorecer el desarrollo de habilidades en la búsqueda de información en Internet, en la confección y realización de entrevistas, proyectos colaborativos, etc.

Los Proyectos de Videoconferencia con temática concreta, entre aulas hospitalarias y con otras Comunidades.

Los talleres de Periódicos de cada aula, dieron lugar a diferentes publicaciones realizadas íntegramente en las aulas

hospitalarias (“Don Clin-Clas”, es el nombre del periódico del aula del Hospital Clínico de Valladolid; “Planta 7ª, el correspondiente al Hospital Río Hortega de Valladolid, Revista escolar “MAY”, del aula hospitalaria de Burgos, etc.), ver Anexo 2b, o colaborando en otras revistas, ver Anexo 6e, o periódicos del hospital; la participación en programas de Bibliotecas (Fundación Germán S. Ruipérez de Salamanca, el carro de los libros del aula del Hospital de Ávila, de Segovia, etc.)

En el año 2001, se celebraron las VIII Jornadas Nacionales de Pedagogía hospitalaria, organizadas por la Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León. (Anexo 3g)

La Consejería de Educación ha editado varios números de revistas sobre las aulas de Castilla y León. (<http://www.jcyl.es>). Ver Anexo 2a.

Se realizan Jornadas (en Ávila y Valladolid), organizadas por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, con los profesores de aulas hospitalarias de la Comunidad, de carácter formativo y de intercambio de experiencias. (Anexo 3).

Se colabora y participa con aportaciones desde las diferentes aulas hospitalarias en trabajos conjuntos con otras aulas de otras Comunidades Autónomas (Concursos literarios como “En mi verso soy libre” organizado por las aulas hospitalarias de Murcia; “I Certamen literario. Cuentos de hospital” organizado por la Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, Sacyl, Gerencia Regional de Salud, de la Junta de Castilla y León, así como a la Asociación de Escritores Noveles (AEN); Fiestas de Navidad, Carnavales compartidos con Hospital de día de Psiquiatría Infanto-juvenil, aulas hospitalarias de la Comunidad y de otras Comunidades como Cantabria, Aragón, La Rioja, Madrid, etc.) Ver Anexos 4a, 4b.

2ª PARTE.

**PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO
DE LA INVESTIGACIÓN.**

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA COMO METODOLOGÍA DE ESTUDIO

CAPÍTULO III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA COMO METODOLOGÍA DE ESTUDIO.

1. PLANTEAMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.

El diseño y la realización de un estudio están precedidos por la idea que impulsa la investigación. Ese esbozo inicial se va acotando, va tomando forma, a medida que se desarrollan las fases que determinan el diseño de la investigación, hasta definir el objeto concreto de estudio, convirtiéndolo en un problema investigable (Valles, 1997).

En este capítulo vamos a abordar todo lo relacionado con el modo de llevar a cabo nuestra investigación. Es, pues, un capítulo intermedio entre los aspectos generales sobre el tema de estudio recogidos en los capítulos anteriores y los datos obtenidos en nuestro trabajo y que reflejamos en capítulos siguientes.

Necesitamos desarrollar el diseño de la investigación. Con la contextualización del problema, los objetivos, la metodología, los instrumentos y estrategias para la recogida de la información y su posterior análisis, todo ello con el mayor rigor científico.

A la hora de plantearnos cualquier trabajo disponemos de diferentes metodologías para abordarlo; el elegir una y no otras va a estar en función de las variables que habremos de considerar previamente y que van a dar a nuestro trabajo unas determinadas características.

Entre todas las metodologías nos hemos inclinado por una investigación de tipo etnográfico o investigación cualitativa por los motivos que presentamos. Utilizando pues, la tipología de investigaciones empleadas en Ciencias sociales, clasificamos nuestro trabajo como un estudio descriptivo, comparativo y explicativo.

Exponemos a continuación las características que justifican el empleo de estos modelos de investigación en relación con la estructura metodológica empleada.

Podemos decir que, de forma general, el objetivo principal del estudio nos aproxima a las características de una investigación descriptiva ya que pretende describir (Hernández, Fernández y Baptista, 1997) la situación actual de las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias de Castilla y León.

Vamos a reflejar dentro de este Capítulo los diferentes pasos por los que hemos ido avanzando hasta llegar a las conclusiones finales y procuraremos hacerlo de forma clara para facilitar la comprensión del proceso, desde una pequeña reseña histórica en materia de investigación educativa hasta los mecanismos y estrategias utilizados con el fin de dotar a nuestras aportaciones de un alto nivel de rigor científico.

En este Capítulo encontraremos partes bien diferenciadas, abordando primero planteamientos generales de investigación educativa hasta llegar a la metodología etnográfica, reflejando de manera concreta las opciones que hemos elegido y desarrollado, en nuestro trabajo.

1.1. Breves anotaciones históricas de la investigación educativa

La investigación Educativa, es un campo de conocimiento reciente, aproximadamente tiene algo más de un siglo de historia, es decir su origen se sitúa a fines del siglo XIX, cuando la Pedagogía a semejanza de lo que anteriormente habían realizado otras disciplina humanísticas, como la Sociología, Psicología, entre otras, adoptó la metodología científica como instrumento fundamental para constituirse en una ciencia.

La preocupación existente por dotar a los trabajos educativos de unas bases empíricas que pudieran hacerles defendibles en cualquier foro científico va haciendo que se trasladen métodos utilizados en las ciencias experimentales al campo de las ciencias humanas.

De este modo va surgiendo la Pedagogía experimental, como espacio de investigación educativa que quedará reflejada de manera explícita en los títulos de las obras que desde comienzos del siglo XX empiezan a aparecer (Lay y Meumann, 1905; Claparède, 1905; Van Biervliet, 1913 o Simon, 1914).

Los primeros orígenes de la investigación educativa tienen pues un carácter eminentemente cuantitativo desde el punto de vista metodológico y responde al interés del momento por reflejar los fenómenos sociales a través de parámetros estadísticos (curva normal, error, varianza,...)

Debido a esta “moda estadística” comienzan a aparecer los primeros instrumentos psicoestadísticos (cuestionarios, escalas, test,...) que van a permitir catalogar con términos numéricos rasgos psicológicos. Se va a potenciar así, en gran manera la utilización de la metodología cuantitativa en el campo educativo.

La evolución de esta investigación se va a ver sometida a los vaivenes sociales y económicos. Así, en las dos últimas décadas de la primera mitad del siglo XX, debido a la crisis económica, las aportaciones a estudios experimentales de educación disminuye, pero en la segunda mitad del siglo se aprecia un resurgir debido al apoyo político y a la introducción de nuevos materiales tecnológicos (ordenadores, elementos informáticos,...) en la investigación.

Pero empiezan a surgir ya las primeras voces críticas hacia los planteamientos positivistas y las nuevas corrientes de pensamiento más en una línea humanista, que si bien no van a originar la desaparición de los métodos cuantitativos, sí una coexistencia de ellos con otros de tipo cualitativo.

Se va produciendo una mayor clarificación sobre los paradigmas cualitativo y cuantitativo, viendo las aportaciones que cada uno puede hacer y las limitaciones que presentan para dar respuesta a todos los interrogantes.

Este proceso evolutivo en España transcurre de manera similar a lo acaecido en otros países. Tras el periodo de crisis coincidente con la Guerra Civil, se produce un gran auge en el campo de investigación psicopedagógica.

En conclusión podemos decir que la investigación en el campo educativo surge aplicando los parámetros utilizados en otras ciencias y del mismo modo que se cuestiona el grado de utilidad y adecuación de los métodos cuantitativos para responder a los nuevos objetivos, se incorporan y toman entidad mayor, los métodos cualitativos, aunque en ningún caso signifique la desaparición de los primeros.

1.2. Modos de afrontar una investigación en el campo educativo.

Teniendo en cuenta la definición de varios autores, podemos decir que:

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología (Tayler y Bogdan, 1986: 15).

También, Pérez Serrano (1994: 219) dice que método es “el conjunto de operaciones y actividades que, dentro del proceso preestablecido, se realizan de una manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad”

Pero cuando se va a afrontar una investigación en el campo educativo, nos encontramos con el debate centrado en las diferencias entre métodos cualitativos y cuantitativos.

Entre los defensores de los métodos cuantitativos (técnicas experimentales aleatorias, cuasi-experimentales, test “objetivos de lápiz y papel, análisis estadísticos multivariados, estudios de muestras, etc.) se suelen citar a Campbell y Stanley y a Riecken y entre los defensores de los cualitativos (la Etnografía, estudio de casos, entrevistas en profundidad, observación participativa), a Weiss y Rein, Parlett y Hamilton y Guba .

Cook y Reichardt (1986), aportan una serie de aspectos que pueden reflejar de manera sintética las características más importantes de los paradigmas⁵ que sustentan a ambas metodologías y que pueden quedar reflejadas en la siguiente tabla.

Tabla 8: Atributos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo

Paradigma cualitativo	Paradigma cuantitativo
Aboga por el empleo de los métodos cualitativos.	Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos.
Fenomenologismo y verstehen (comprensión) “interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa”.	Positivismo lógico; “busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos”.
Observación naturalista y sin control.	Medición penetrante y controlada.
Subjetivo.	Objetivo.

⁵ Paradigma, según Reichardt es “una visión del mundo, una perspectiva general, un modo de desmenuzar la complejidad del mundo real. Como tales, los paradigmas se hallan profundamente fijados en la socialización de adictos y profesionales; los paradigmas les dicen lo que es importante, legítimo y razonable. Los paradigmas son también normativas; señalan al profesional lo que ha de hacer sin necesidad de prolongadas consideraciones existenciales o epistemológicas”.

Próximo a los datos; perspectiva “desde dentro”.	Al margen de los datos; perspectiva “desde fuera”.
Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.	No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo.
Orientado al proceso.	Orientado al resultado.
Válido: datos “reales”, “ricos” y “profundos”.	Fiable: datos “sólidos” y repetibles.
No generalizable: estudios de casos aislados.	Generalizable: estudio de casos múltiples.
Holista.	Particularista.
Asume una realidad dinámica	Asume una realidad estable.

Cook y Reichardt, 1986: 29

Sería una postura rígida y reduccionista afirmar que según el paradigma en que uno se sitúe puede y debe utilizar exclusivamente una de las metodologías, haciéndolas incompatibles entre sí. Son muchos los que manifiestan que es hora de construir una metateoría y una metametodología que logre integrar las diversas posiciones, inclinándose por integrar las dos posiciones y superar el dualismo.

Con frecuencia se han presentado ambos tipos de investigación como contrapuestos o contrarios, cuando realmente no son sino enfoques distintos sobre un mismo proceso investigador. Ambos tienen aspectos positivos y también limitaciones, todo ello debido a las circunstancias diversas, a lo que se pretenda conseguir y a la orientación que se le dé a la investigación.

La sociología, según Weber, debe entenderse como una ciencia que pretende comprender e interpretar la acción social para, de esa manera, explicarla causalmente desde su desarrollo y efectos.

La investigación en el ámbito de la educación es heredera del debate metodológico suscitado en los campos de la Sociología y la Antropología. En efecto, los abordajes metodológicos propuestos

por la sociología fenomenológica a partir de su incorporación de los métodos antropológicos propios de la Etnografía, surgen contra los de la sociología clásica a los cuales se les considera insuficientes para "capturar el significado que los individuos dan a sus acciones".

Parece constatable que en el campo de las ciencias sociales cada vez está teniendo mayor impulso la metodología cualitativa en detrimento de la cuantitativa, aunque es difícil que llegue a reemplazar la perspectiva interpretativa a la investigación que podemos denominar estándar (Wittrock, 1989)

Cualquier investigación cualitativa se ha de guiar por unos determinados principios generales. Ruiz e Izpizúa (1989) señalan los siguientes:

- a) Introducción analítica: Observación detallada y próxima. Se busca lo específico y local. Las generalizaciones se elaboran como tentativas, a partir de datos recogidos.
- b) Proximidad: Observación de casos concretos y allí donde se producen.
- c) Comportamiento ordinario: Se observa la vida cotidiana porque se considera más importante que los problemas que alteran la rutina social.
- d) La estructura como requerimiento ritual: la investigación tiene que descubrir la estructura, no imponerla.
- e) Focos descriptivos: los núcleos de la investigación no son otros que los fenómenos que ocurren en un espacio y tiempos concretos; el descubrimiento y la exposición son objetos de la investigación más importantes que la explicación y la predicción.

Nuestra investigación, como veremos, participa de estos principios y se encuadra, por tanto, dentro de los parámetros de lo que se denomina investigación cualitativa.

En la investigación cualitativa se persiguen objetivos para responder a problemas concretos. La metodología cualitativa implica un estilo de investigación en el que se da una importancia especial a la recogida esmerada de datos, junto a las observaciones lentas y sistemáticas. En el análisis cualitativo se observa, se graba y hay diálogo permanente entre observador y observado, acompañado de reflexión analítica.

Para llegar a la meta pretendida, una alternativa es utilizar una metodología constructivista (Guba y Lincoln, 1989), interpretativa, naturalista, hermenéutica o cualitativa.

Según Latorre (1996) y Schwand (1994), esta orientación metodológica tiene como objeto la comprensión del complejo mundo de la experiencia humana: cómo las personas viven, experimentan, interpretan y construyen los significados del mundo social y cómo éstos son integrados en la cultura, el lenguaje y las acciones de los actores sociales.

Las principales características que Latorre (1996) asigna a este enfoque investigador son: holístico, porque utiliza una perspectiva global para estudiar la realidad, sin parcelarla; inductivo, porque es a partir de las informaciones recogidas como se van construyendo las categorías y no se parte de hipótesis establecidas previamente, porque su fin no es explicar leyes generales, sino la comprensión e interpretación de lo particular y singular de los fenómenos sociales.

Las características que nos aportan Maykut y Morehouse (1994), referidas a la investigación cualitativa, las podemos recoger en la siguiente tabla:

Tabla 9: Características de la investigación cualitativa

1. El foco de la investigación ha de tener un carácter descriptivo y exploratorio.
2. Diseño emergente: se va elaborando a partir de la información recogida.
3. Con el muestreo se pretenden aspectos próximos y concretos, no se persiguen la generalización de resultados.
4. La obtención de los datos se realiza en situaciones naturales que el investigador no controla.
5. El papel principal en la investigación lo desempeña el propio investigador.
6. La información se obtiene a través de métodos cualitativos.
7. Las categorías se construyen a partir de la información obtenida, se sigue pues, un proceso inductivo en el análisis de los datos.
8. Se sigue el mismo modelo que en el estudio de casos a la hora de elaborar el informe de la investigación.

Maykut y Morehouse (1994)

El proceso a seguir en una investigación de tipo cualitativo/constructivista no es fácil de reflejar de modo que se pueda generalizar a todas ellas, por la propia filosofía que la inspira, sin embargo, Latorre (1996) nos presenta, el modelo general que permita reajustarlo según las necesidades particulares.

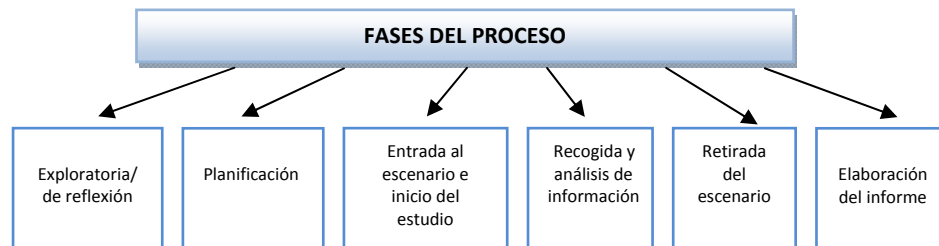


Gráfico 5: Proceso de investigación constructivista/cualitativa

Ruiz e Izpizúa (1989), recogiendo aportaciones de autores como Schwartz- Jacobs (1979), Van Maanem (1982), Lincoln (1985), Erickson (1986), o Taylor-Bogdan (1986) presentan un modelo estructurado en cinco fases:

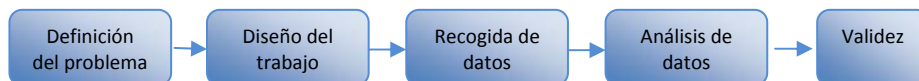


Gráfico 6: Fases del proceso de una investigación cualitativa.

La validez de los resultados es uno de los elementos de la investigación cualitativa sobre el que planean más sombras y es por cierto, importante a la hora de presentar nuestras aportaciones. Aunque hablemos de metodología cualitativa y no se persiga generalizar los datos, debemos dotarles del correspondiente rigor científico, para que tengan el valor y el reconocimiento deseado; para ello se han de aplicar los mecanismos que garanticen la superación de los criterios establecidos.

Hay autores que son partidarios de utilizar los mismos criterios de validez que se utilizan en las investigaciones de tipo cuantitativo, es decir validez y fiabilidad. Latorre (1996), recoge de manera global la relación entre unos y otros.

Tabla 10: Criterios de rigor en una investigación educativa.

CRITERIOS DE RIGOR	METODOLOGÍA EMPÍRICO-ANALÍTICA/ CUANTITATIVA	METODOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA/ CUALITATIVA	PROCEDIMIENTOS O ESTRATEGIAS
Valor verdad: Isomorfismo entre los datos recogidos y la realidad.	Validez interna	Credibilidad (<i>que la haga aceptable</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Observación persistente. • Triangulación. • Juicio crítico de colegas. • Recogida de material de adecuación referencial. • Comprobaciones con los participantes.
Aplicabilidad: Posibilidad de aplicar los descubrimientos a otros contextos.	Validez externa	Transferibilidad (<i>relevante para el contexto</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo teórico. • Descripciones densas. • Recogida de abundante información.
Consistencia: Grado en que se repetirán los resultados de volver a replicarse la investigación.	Fiabilidad	Dependencia (estabilidad de la información)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer pistas de revisión. • Auditoria de dependencia. • Réplica paso a paso • Métodos solapados.
Neutralidad: Seguridad de que los resultados no están sesgados.	Objetividad	Confirmabilidad (<i>Independientemente del investigador</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria de confirmabilidad. • Descriptores de baja inferencia. • Ejercicio de reflexión.

Latorre, 1996.

Otros autores, sin embargo, (Lincoln y Guba, 1985) consideran que los criterios de validez que se han de aplicar a una investigación cualitativa han de ser distintos a los que se apliquen en una cuantitativa, pues nos estamos moviendo en paradigmas diferentes; nos hablan así de cuatro criterios de confiabilidad: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. En la siguiente tabla se relacionan estos criterios con las correspondientes técnicas que nos permiten responder a los mismos y que son recogidas por Rodríguez y otros (1999):

Tabla 11: Criterios de validez en una metodología cualitativa.

CRITERIOS (*)	TÉCNICAS
Credibilidad (Valor de verdad)	<ul style="list-style-type: none"> • Observación persistente. • Triangulación. • Control de miembros. • Presencia prolongada. • Intercambios de opiniones. • Comprobar la coherencia estructural.
Transferibilidad (Aplicabilidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo deliberado. • Abundantes datos descriptivos. • Descripción espesa.
Dependencia (Consistencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos solapados. • Pistas de revisión. • Réplica paso a paso • Revisión por examinador externo.
Confirmabilidad (Neutralidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de reflexión. • Triangulación. • Revisión por agentes externos.

(*) Entre paréntesis aparece la denominación que Rodríguez y otros asignan a los términos utilizados por Lincon y Guba.

Rodríguez y otros, 1999.

Existe lógicamente otra situación intermedia, la de aquellos que piensan que los objetivos perseguidos, tanto si se utilizan criterios de paradigmas positivistas como si se utilizan del paradigma interpretativo, son los mismos (garantizar la calidad de la investigación), por lo que quieren presentar unos criterios generales que puedan servir para ambos tipos de investigación, aunque después haya que adaptarlos en función de que utilicemos uno u otro. En esta línea se manifiestan Swanborn (1996) y Eisenhart y Howe (1992). Estos últimos proponen los siguientes criterios generales como indicadores para valorar la calidad de una investigación educativa (en Rodríguez y otros, 1999: 289-290):

- a) Ajuste entre las cuestiones de investigación, los procedimientos de recogida de datos y las técnicas de análisis de datos [...]*
- b) Aplicación eficaz de la recogida y análisis de datos [...]*
- c) Coherencia con el conocimiento previo [...]*

- d) *Toma en consideración de las restricciones derivadas de los valores [...]*
- e) *Globalidad.*

Bien nos inclinemos por unos u otros, lo que sí hemos de tener presente es que nuestro trabajo ha de contar con criterios de credibilidad y calidad que le confieran rigor científico y poder rebatir y rechazar los argumentos de aquellos investigadores que consideran los resultados de la Etnografía como no fiables y carentes de validez y posibilidad de generalización (Goetz y Le Compte, 1998:212).

Como ya ha quedado plasmado, la metodología conocida generalmente como cualitativa recibe diversos nombres según los autores: constructivista, descriptiva, interpretativa, para referirse a los mismos procesos, salvo algunos matices.

A la hora de abordar una investigación de tipo cualitativo disponemos de diversas estrategias y técnicas. La elección de unas y no de otras va a depender de los elementos sobre los que vamos a reflexionar como son principalmente: el tipo de problema que pretendemos abordar, los objetivos que perseguimos y los recursos (tanto internos como externos) con los que podamos contar para poder llevarla a cabo.

Las estrategias que se ponen a nuestra disposición dentro de este enfoque constructivista varían en función de los autores. Por ejemplo Morse (1994), señala: fenomenología, Etnografía, teoría fundamentada, etnometodología, análisis del discurso, observación participante y etología cualitativa. Janesick (1994) nos señala hasta dieciocho: crítica literaria, estudio de campo, estudio de casos, estudio descriptivo ecológico, estudio fenomenológico, estudio naturalista, Etnografía, etnometodología, historia oral, historia de vida, historiografía, interaccionismo simbólico, investigación acción, investigación interpretativa, investigación narrativa, microetnografía y observación participante. Tesch (1990) las agrupa utilizando como criterio su procedencia científica y establece tres grandes grupos,

según procedan de la Sociología, la Psicología o la Pedagogía, incluyendo en esta última: crítica educacional, Etnografía, Etnografía de la comunicación, evaluación cualitativa/iluminativa, fenomenografía, indagación naturalista, investigación/acción colaborativa, investigación fenomenológica y realismo trascendental.

Quizás una de las estrategias que más se utilizan en los ambientes educativos sea la investigación-acción.

Lewin (1946), hace ya más de seis décadas establece el proceso general de la investigación-acción que puede ser representado en este gráfico:

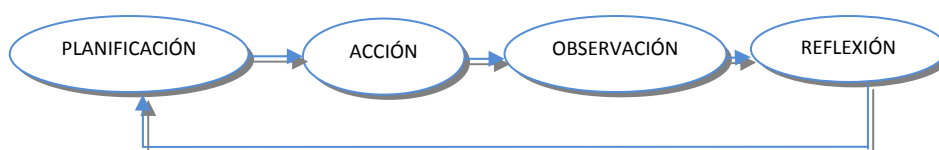


Gráfico 7: Fases de la investigación-acción.

La principal característica de esta metodología es el papel eminentemente activo de todos los que participan en la investigación, ya que la acción es el elemento preponderante. El investigador pasa a ser también investigado y el investigado se convierte, a su vez, en investigador.

Además, otra característica importante de la investigación-acción es la dimensión colectiva que generalmente tiene, pues el grupo suele ser aquí la forma más común de participar y cobran, por consiguiente, gran importancia aspectos como implicación, diálogo, consenso, toma de decisiones colegiadas, compromisos, autocrítica,...

Existen diferentes modalidades de investigación-acción, pero generalmente con este término se hace referencia de manera más específica a aquella que realiza el profesor en el aula o centro.

1.3. Justificación del método elegido.

Así que, al método hipotético-deductivo, de orientación cuantitativa, se le oponen los métodos etnográficos de orientación cualitativa, los cuales exigen: entre otras condiciones: la inmersión del investigador en la vida cotidiana de la comunidad estudiada, el establecimiento preciso de los límites de la comunidad, la observación intensiva de las modalidades de interacción, la construcción de historias de vida, la identificación de claves de información, la descripción precisa y minuciosa de la organización espacial de la comunidad, el registro descriptivo de ritos, costumbres, herramientas y procedimientos, la descripción de las formas como los miembros de la comunidad estudiada conceptualizan lo anterior. Todo esto para llegar a consignar que se tiene la sensación de "haber estado allí".

Una de las notas de la sociología fenomenológica que va a tener un profundo impacto en la investigación educativa es la que tiene que ver con la delimitación de los escenarios en los cuales se va a estudiar la acción social de las personas. Efectivamente, extrapolar al medio escolar esta orientación sociológica que ubica sus estudios en "medios geográficos bien delimitados" hará que se considere como *escenario natural* del investigador educativo *los ámbitos escolares pequeños* y, en primera instancia, el aula de clases. Siendo este último ambiente un lugar de actuación privilegiada por parte del docente, resultan casi naturales las posturas que vinculan la docencia con la investigación y que han dado origen al muy interesante planteamiento de Stenhouse de "el docente como investigador".

De modo que la consideración de escenarios escolares pequeños en la investigación educacional de orientación cualitativa constituye uno de los rasgos que ella ha heredado de la

Antropología, particularmente de su vertiente etnográfica, cuyos métodos, cuando se aplican en el ámbito educativo consideran a la escuela, concretamente al aula de clases, como su escenario natural, porque es allí donde auténticamente se concreta el proceso educacional.

No obstante, la intención de los métodos etnográficos al penetrar en un microescenario escolar no es sólo hacer un análisis de interacciones (tipo Ned Flanders) y registrar las conductas de los “actores”; el enfoque etnográfico va mucho más allá y trata de comprender el significado, propósito e intención que los actores (docentes, alumnos, familia, otro personal) imprimen a sus acciones.

El investigador educativo, cuando adopta una perspectiva etnográfica, se concentra en el estudio del acontecer cotidiano del aula de clases, tratando de descubrir los motivos, las intenciones y el significado que quienes actúan en ese escenario dan a todo aquello que hacen: estrategias de enseñanza y de evaluación; formas organizativas de las interacciones didácticas; lenguajes utilizados; relaciones y actitudes, entre otros aspectos.

Como profesores-investigadores podemos exponer argumentos y reflexionar sobre el método a utilizar en nuestro trabajo.

La investigación pedagógica tiene un marcado carácter social, su objeto de estudio es la educación del hombre, vista y analizada como proceso, con una concepción holística, en la que se puede estudiar a los individuos que intervienen en el proceso educativo, al contexto educativo, al propio proceso o algunos de los componentes que lo integran. Su carácter holístico hace que para cualquier objeto de estudio que se aborde, sea necesario que todos ellos intervengan de una forma u otra en éste. Luego la investigación pedagógica, al igual que cualquier otra investigación social, constituye un proceso complejo.

Los métodos que se utilizan en la investigación pedagógica para la producción de conocimientos son muy diversos y difieren de

los que se utilizan en las ciencias exactas, en éstas se presentan factores subjetivos de los propios individuos y de las relaciones que se dan entre ellos; de ahí que el investigador pedagógico debe enriquecer su método de trabajo con diferentes procedimientos, que le permitan esclarecer situaciones que el dato "frío" no puede revelar.

Peter Woods (1986), una verdadera autoridad en el campo de la Etnografía Educativa, considera que la enseñanza y la investigación educativa no han logrado establecer una feliz asociación, pues a muchos docentes, les parece que, una gran parte de los temas abordados por la investigación educativa, no tiene razón de ser. Por ello casi no participan en la iniciación y conducción de la investigación. Pareciera que los problemas abordados para la investigación les fueran ajenos. Acaso, una de los motivos principales del abismo existente entre docentes e investigadores radica en el simple hecho de que la mayor parte de la investigación educativa no ha sido realizada por maestros. Curiosamente, se ha originado en el campo de otras disciplinas, entre las que pueden mencionarse a la psicología, la sociología y a la filosofía.

Pero esto, ha cambiado. El maestro en este tipo de investigación constituye un elemento vital y, en ocasiones, es el investigador principal, pues desde su posición en el proceso educativo, puede identificar, estudiar y resolver múltiples problemas de la didáctica y la educación.

Las estrategias que utilicemos en la investigación deben ser seleccionadas con cuidado y rigor, para poder conseguir los objetivos que pretendemos.

La utilización de una metodología cualitativa en nuestro trabajo, cada vez nos parece la más apropiada para un estudio dentro de unas aulas escolares, argumento apoyado por investigadores como Sancho Gil y otros (1998) que a la hora de investigar realidades educativas en los centros abogan por la metodología del estudio de caso como la más adecuada, aun reconociendo algunas de las

limitaciones que puede tener, como es que no deje de ser una representación limitada, en ciertos casos. No es tanto en el caso de nuestro trabajo por poder contar con un máximo de representación.

A finales del siglo pasado ya se nos decía que había llegado el momento del cambiar el enfoque de la investigación educativa, superando concepciones anteriores (Escudero, 1987) para pasar de una “investigación sobre la enseñanza” a la “investigación desde la enseñanza” (Elliot, 1986) donde el interés no está tanto en los resultados alcanzados, cuanto en la comprensión de lo que realmente sucede en el aula.

En sus estudios se utilizan gran variedad de instrumentos para la recogida de la información (entrevistas, observaciones en el aula, cuestionarios a profesores, etc.).

Talmage lo denomina descriptivo y nos parece muy interesante, ya que pensamos que para poder alcanzar nuestros objetivos, los datos que habremos de obtener sólo serán verdaderamente relevantes si los obtenemos por medio de descripciones en profundidad de la tarea desempeñada, en el mismo contexto en que ésta se desarrolla y a través de las opiniones y testimonios de las personas que están directamente implicadas y relacionadas con ella (Sanz, 1990).

Una investigación de corte etnográfico es, pensamos, la que mejor se adapte a nuestras pretensiones, que consisten en comprender una realidad a través de la descripción e interpretación de las vivencias de los protagonistas.

Nos parece idóneo seleccionar el método etnográfico para llevar a cabo nuestro trabajo pues creemos que, teniendo en cuenta los objetivos que pretendemos y el campo en que se desarrolla la investigación, nos va a permitir conocer desde dentro cómo son, cómo se establecen, cómo funcionan, etc. las actuaciones educativas en unas instituciones hospitalarias, analizando de forma holística todas las variables que inciden en el hecho y con la peculiaridad de

ser el investigador un elemento plenamente participante en el tema a investigar.

1.4. La Etnografía.

La Etnografía, también conocida como investigación etnográfica o investigación cualitativa, constituye un método de investigación útil en la identificación, análisis y solución de múltiples problemas de la educación. Con este enfoque pedagógico surge en la década de los 70, en países como Gran Bretaña, Estados Unidos y Australia y se generaliza en toda América Latina, con el objetivo de mejorar la calidad de la educación, estudiar y resolver los diferentes problemas que la afectan. Este método cambia la concepción positivista e incorpora el análisis de aspectos cualitativos dados por los comportamientos de los individuos, de sus relaciones sociales y de las interacciones con el contexto en que se desarrollan.

Si en esta década de los 70, en todo el mundo se observa una gran preocupación por la investigación en educación, en nuestro país, también se hace evidente, siendo múltiples los trabajos presentados en jornadas científicas y pedagógicas, que demuestran el quehacer de los maestros y el desarrollo que ha alcanzado nuestra educación.

La Etnografía es un término que se deriva de la Antropología; puede considerarse también como un método de trabajo de ésta; se traduce etimológicamente como estudio de las etnias y significa el análisis del modo de vida de una raza o grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; podríamos decir que describe las múltiples formas de vida de los seres humanos. Ya se habla de investigación etnográfica o simplemente de Etnografía para aludir tanto “al *proceso* de investigación por el que se aprende el modo de vida de algún grupo como al *producto* de esa investigación:

un escrito etnográfico o retrato de ese modo de vida”. (Erickson, 1989, 60).

A continuación se muestran algunas definiciones del término "*Etnografía*":

- “Descripción de un modo de vida, de una raza o grupo de individuos” (Woods, 1987: 50).
- “Descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales intactos” (Goetz y LeCompte, 1988: 28)
- “Es el arte y la ciencia de describir un grupo o una cultura» (Fetterman, 1989: 70)
- “La Etnografía es el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva de comprensión global de la misma» (Aguirre, 1995: 331)

Para hacer Etnografía es necesario adentrarse en el grupo, aprender su lenguaje y costumbres, para hacer adecuadas interpretaciones de los sucesos, si se tienen en cuenta sus significados; no se trata de hacer una fotografía con los detalles externos, hay que ir más atrás y analizar los puntos de vista de los sujetos y las condiciones histórico-sociales en que se dan.

Dice Peter Woods⁶ que los etnógrafos tienen mucho en común con los novelistas, los historiadores sociales, los periodistas y los productores de programas documentales de TV, pues dan muestra de extraordinaria habilidad etnográfica en la agudeza de sus observaciones, la fineza de su oído, la sensibilidad emocional, la penetración a través de las diferentes capas de la realidad, la

⁶ Woods P. La Escuela por dentro. La Etnografía en la investigación educativa. Temas de Educación. Barcelona: Paidós, 1986

capacidad de meterse debajo de la piel de sus personajes, sin pérdida alguna de capacidad para valorarlos objetivamente. Es una mezcla de arte y ciencia, en la que el autor inserta también la educación. No se trata de escribir una obra de ficción, pues constituye un método de la ciencia posible de ser validado íntegramente y en cada uno de los procedimientos y análisis que se hagan, aunque va a estar determinado por el estilo del investigador, "del narrador", de su "sensibilidad" y de la comprensión, propiedades o atributos esenciales artísticos para algunos, pero también son habilidades que pueden ser adquiridas en la práctica del método.

Podemos decir que la Etnografía pretende descubrir y describir las acciones de los participantes dentro de su interacción social en el contexto en que se desarrollan, según el sentido y significado que dan los mismos participantes a sus acciones. (Denis y Gutiérrez, 1995). Se supera pues, la limitación de la Etnografía en el aspecto meramente descriptivo (Wiersma, 1986) para llegar a la comprensión y la interpretación que puede llegar a la elaboración de la propia teoría.

En la investigación etnográfica, el investigador participa de la propia situación a investigar, lo que permite poder ir reformulando o precisando las cuestiones de la investigación; además hay una serie de razones que justifican la elección de la investigación naturalista, etnográfica o cualitativa, en el ámbito educativo, como dice Santos Guerra (1997), que este tipo de investigación se justifica porque tiene como principal finalidad la mejora de la práctica y no parte de hipótesis rígidas formuladas de antemano, sino que se acomoda a las situaciones que vayan surgiendo, ya que se realiza en el escenario natural en que éstas se producen.

La Etnografía tiene para nosotros, con respecto a otras metodologías, una serie de ventajas, porque nos va a permitir no sólo conocer y analizar los aspectos objeto de la investigación, sino también interpretarlos y comprenderlos; vamos a poder, al tener un campo de actuación limitado, adquirir un bagaje de conocimientos más ricos y profundos, además, los resultados obtenidos, pueden

aportar probablemente una serie de datos y matices novedosos que difícilmente se podrían haber obtenido con otros métodos cuantitativos y, además nos va a permitir también tener un control absoluto sobre la propia investigación ya que el principal instrumento de la investigación seremos nosotros. Esperamos que al finalizar el trabajo hayamos incrementado nuestros conocimientos y por tanto también hayamos contribuido a nuestro desarrollo profesional y a la mejora de nuestra práctica docente.

Se puede llegar al descubrimiento del conocimiento por dos caminos, uno deductivo y otro inductivo. En el primero se parte de aspectos teóricos amplios y universales y se llega a otros más simples o particulares, para ver si se cumplen y así poder comprobar, precisar o ampliar. En el segundo, el inductivo, el proceso es el opuesto, se parte de situaciones o casos individuales, particulares y se llega a la construcción de conocimientos generales teóricos, aunque hay quien piensa que denominar a estos métodos como netamente inductivos es engañoso, pues el investigador previamente a la investigación ha identificado determinados aspectos conceptuales de interés, por lo que en el trabajo de campo la inducción y la deducción están en constante diálogo (Wittrock, 1989). En el caso de seguir esta segunda vía se puede correr el riesgo de intentar presentar la teoría o el conocimiento general sobre una base insuficiente de casos particulares, lo que dotaría de poca credibilidad a la misma.

Podemos decir, concretando, que la investigación etnográfica tiene unas características como son:

- Estar basada en la contextualización, o sea, centra la atención en el contexto antes que alguno de los componentes en particular.
- Ser naturalista, ya que la recolección de información está en la observación del hecho en su ambiente natural.
- Estudiar la cultura como unidad particular, puesto que el propósito de un estudio etnográfico es describir una cultura o una parte de ella.

- Ser cualitativa, porque pone el énfasis en la calidad antes que en la cantidad, pero no implica la exclusión de datos cuantitativos.
- Ser intersubjetiva, porque entra en juego la subjetividad del investigador y de los sujetos que se investigan.
- Ser flexible, porque el investigador no enfrenta la realidad bajo esquemas teóricos rígidos, sino más bien que la teoría emerja en forma espontánea.
- Ser cíclica, porque las actividades o pasos se repiten una y otra vez de acuerdo a la información que va arrojando la investigación.
- Ser holística, porque aprueba la realidad cultural como un todo en el cual cada una de las conductas o situaciones tiene relación con el contexto global.
- Ser inferencial, porque la investigación etnográfica describe y explica una realidad cultural haciendo inferencias o induciendo ya que el conocimiento de una sociedad no puede observarse directamente.

En nuestro caso, no pretendemos la generalización de una teoría, lo que sí pensamos es poder contribuir con nuestra aportación, reflexiones y hallazgos, que puedan ser coincidentes con otros conocimientos que vayan apareciendo, a incrementar los conocimientos sobre el tema objeto de estudio y de este modo se va enriqueciendo la teoría, se va haciendo la ciencia.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

La estructura metodológica que nosotros utilizamos se adapta fácilmente a la secuencia de investigación descriptiva apuntada por Cohen y Manion:

“Observan a individuos, grupos, instituciones, métodos y materiales con el fin de describir, comparar, contrastar, clasificar,

analizar e interpretar las entidades y los acontecimientos que constituyen sus diversos campos de investigación”. (Cohen y Manion, 1990, p.101).

Los mismos autores, añaden que esta metodología puede aplicarse a fenómenos educativos, históricos, sociológicos y psicológicos. En nuestro caso, ubicamos el objeto de estudio dentro del fenómeno educativo, el cual es investigado desde una perspectiva sociológica.

De otra parte, a la hora de pensar en la capacitación que una persona debe tener para poder llevar a cabo una investigación siguiendo una metodología cualitativa, podemos encontrar un amplio abanico de opiniones. En el primer tercio del siglo XX, la denominación de antropólogo conllevaba una experiencia de trabajo de campo estricta. Sin embargo el cierto grado de halo que ha rodeado desde el principio el rol de etnógrafo ha ido desapareciendo poco a poco y hoy hay quienes consideran que un buen etnógrafo es aquella “persona que tiene conocimientos sobre metodología de investigación y domina una serie de habilidades y técnicas que le permitan planificar y realizar una investigación cualitativa” (Rodríguez, Gil y García, 1996: 121), o como dice Wittrock (1989) que cualquier enseñante puede convertirse en investigador por derecho propio, apoyándose también en las aportaciones de Hymes (1981:291) cuando dice que:

...los métodos de la investigación interpretativa son intrínsecamente democráticos; no se precisa ninguna capacitación especial para poder comprender los resultados de la investigación, ni se necesita tener aptitudes ocultas para realizarla. La investigación de campo exige las facultades de observación, comparación, contraste y reflexión que poseen todos los seres humanos. Lo que hacen los investigadores interpretativos profesionales es utilizar esas facultades comunes de observación y reflexión en formas especialmente sistemáticas y deliberadas. Los docentes también pueden hacerlo, reflexionando sobre su propia práctica. Su rol no es el de observador participante que acude

desde el mundo exterior, sino el de un participante excepcionalmente observador que delibera dentro de la escena de la acción.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, está claro que lo que ha de tener siempre presente cualquier profesional de la educación que quiera realizar un trabajo etnográfico sobre su propia realidad educativa es activar todas esas capacidades que va a tener que utilizar (observación, reflexión, análisis,...) para poder conseguir las metas que persigue y además va a necesitar conocer los mecanismos básicos para realizar un trabajo etnográfico y poner en marcha una serie de destrezas para desarrollarlo de forma organizada y sistemática, de tal modo que los resultados gocen de rigor científico suficiente para ser tomadas en consideración las aportaciones que realice.

En el campo educativo, el profesor, no ha participado apenas en la investigación educativa, por varias razones. A veces, (Woods, 1989) porque los problemas seleccionados por la investigación para su examen, no se han percibido por la escuela como problemas propios, sino que han tenido más bien un sentimiento de “utilización” para contribuir a incrementar los beneficios de otros (los investigadores), bien desde el punto de vista económico o desde el punto de vista académico (méritos, curriculum,...). La escuela no ha visto utilidad a los resultados de las investigaciones (sólo la utilidad de quiénes lo realizaban) y ha considerado los resultados como “simples teorías” que poco o nada tienen que ver con la realidad del aula. También quizás, el halo de tecnicismo y cientificidad que ha rodeado el ámbito de la investigación, pueda haber alejado a los docentes de la tarea investigadora.

Nos parece interesante que se vayan superando estas situaciones anteriores y que las dos caras de los procesos de enseñanza (diseño-desarrollo, teoría-práctica) se integren en el mismo hecho y se desarrollen por los mismos profesionales. Es importante potenciar la figura del “profesor-investigador” utilizando la terminología de Stenhouse (1975).

En la actualidad, los métodos etnográficos se están desarrollando profusamente en el ámbito de la educación con una clara finalidad: comprender "desde dentro" los fenómenos educativos. Se pretende explicar la realidad en base a la percepción, atribución de significado y opinión de los "actores", de las personas que en ella participan. La Etnografía Educativa contribuye a descubrir la complejidad que encierran los fenómenos educativos y posibilita a las personas responsables de la política educativa y a los profesionales de la educación un conocimiento real y profundo de los mismos, orientando la introducción de reformas e innovaciones, así como la toma de decisiones. Así, la Etnografía Educativa se ha venido utilizando en distintos tipos de estudios (Goetz y LeCompte, 1988):

- Historias biográficas y profesionales o análisis de individuos.
- Microetnografías de pequeños grupos de trabajo o de juegos en clases o escuelas.
- Estudios de clases escolares abstraídas como si fueran pequeñas sociedades.
- Estudios de instalaciones o distritos escolares, considerados como si fueran comunidades.
- Comparaciones controladas conceptualmente entre las unidades investigadas en los estudios anteriores; pueden referirse a individuos o a grupos.

Según Wilcox (1993), dos grandes ámbitos (que incluyen diferentes tendencias de investigación, según una diversidad de campos analíticos) abarcan los estudios etnográficos realizados en el ámbito escolar: la exploración de la escuela como un *instrumento de transmisión cultural* y la exploración del *conflicto cultural en el aula*.

En nuestros días, las aulas se han convertido en lugares de socialización para alumnado de diverso origen étnico y cultural y por lo tanto se hace necesario el conocimiento y comprensión de estos grupos para orientar la práctica pedagógica.

El profesorado también constituye grupos de culturas específicas, que a su vez deben dialogar con otras culturas de padres y alumnos. La interacción profesorado-alumnado y entre el propio alumnado, el estudio de patrones culturales, el descubrimiento de modelos educativos, el análisis del currículo oculto, de grupos marginados, análisis de contextos educativos, etc. , constituyen algunas temáticas abordables desde el enfoque etnográfico (Bartolomé y Panchón, 1995; Bartolomé y otros., 1993; Colectivo IOÉ, 1996; Walford, 1995).

Por su parte, Woods (1987) señala que los profesionales del ámbito de la educación manifiestan un interés especial por los siguientes aspectos, que muestran algunos usos pedagógicos de la etnografía:

- Los efectos que tienen sobre individuos y grupos las estructuras organizativas y los cambios que en ella se producen.
- La socialización de alumnos y maestros con énfasis en su experiencia subjetiva.
- Las culturas de grupos particulares, tales como las subculturas del maestro, la cultura de la sala de profesores, las agrupaciones del alumnado.
- Lo que la gente *hace* realmente, las estrategias que emplea y los significados que se ocultan detrás de ellas. Incluye los métodos docentes de instrucción y control y las estrategias del alumnado para responder a los maestros o asegurar sus fines.
- Las actitudes, opiniones y creencias de la gente; por ejemplo, de los maestros acerca de la enseñanza y los alumnos y de los alumnos acerca de los maestros, la escuela, la enseñanza, sus compañeros, el futuro.

- Cómo influyen las situaciones particulares en las opiniones y los comportamientos y cómo están constituidas.

En resumen, la Etnografía Educativa constituye por excelencia uno de los métodos más relevantes, en la perspectiva de las metodologías orientadas a la comprensión, para abordar el análisis de las interacciones entre los distintos grupos sociales y culturales que tienen encuentro en el marco educativo y también sobre la organización social y cultural de los centros.

De acuerdo con estas intenciones, con nuestro trabajo nos proponemos profundizar en los entresijos de las actuaciones educativas que se llevan a cabo en las instituciones hospitalarias, desde la práctica y la actividad diaria del profesional que desempeña su labor en ese contexto educativo-sanitario.

El planteamiento de este trabajo de investigación no ha seguido una trayectoria lineal, sino que a veces ha exigido rectificaciones y cambios en el mismo, pues aunque de una u otra manera no teníamos duda sobre lo que nos interesaba, las orientaciones, los consejos, las circunstancias... nos han inclinado a reajustes que permitieran obtener mejores resultados.

Hay autores que han dedicado mucho tiempo y esfuerzo a este tipo de metodología (Schwartz-Jacobs, 1979; Van Maanen, 1982; Lincoln, 1985; Erickson, 1986; Taylor-Bogdan, 1986; Goetz y LeCompte, 1988; Woods, 1989; Wittrock, 1989; Ruiz e Izpizúa, 1989; Latorre, Rincón y Arnal, 1996) y establecen de manera general unas fases en la investigación que pueden quedar reflejadas en el siguiente esquema:

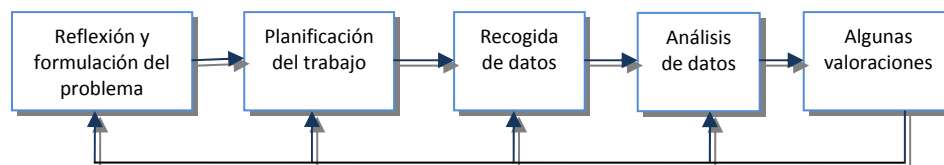


Gráfico 8: Fases de nuestro proceso metodológico.

2.1 Reflexión y formulación del problema.

Para que el proceso de formulación del problema se ponga en marcha, el investigador (que sin duda es el motor) necesita una chispa especial que provoque el encendido: el interrogante inicial fruto de una idea o de una inquietud.

“Siempre me sorprenden los estudiantes de doctorado y los compañeros que expresan directamente sus deseo de hacer un estudio cualitativo pero sin un interrogante en mente (...) No están preparados para diseñar proyectos cualitativos porque no tienen ningún interrogante a partir del cual elegir métodos apropiados (...) El diseño de una investigación cualitativa empieza con un interrogante” (Janecsick, 1994)

Esto es así no sólo en la investigación cualitativa, sino también en la cuantitativa. Hernández Sampieri y otros (1999) consideran que el primer paso en el proceso de la investigación consiste en concebir “la idea a investigar”

Nuestra investigación pretende conocer la situación de las actuaciones educativas en las instituciones hospitalarias de Castilla y León, analizando el reconocimiento de las mismas a través de las opiniones del colectivo de profesionales, alumnos, familias, etc. que trabajan en ese ámbito escolar inmerso en un contexto sanitario.

Dentro del campo de estudio pueden realizarse diferentes trabajos, tanto por los objetivos como por la metodología y por

tanto es importante definir de manera precisa lo que nos proponemos.

Con el fin de poder diagnosticar los factores que actualmente inciden en el reconocimiento de nuestras actuaciones, la investigación se fundamenta en un estudio inicial centrado en el análisis del estado del tema a través de una aproximación histórica. Este contenido, junto con las aportaciones de la población seleccionada para la investigación, nos ofrecerá una visión panorámica del reconocimiento de las actuaciones educativas en el contexto hospitalario y en definitiva de la Pedagogía hospitalaria.

El proceso de análisis parte de la revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio, método de búsqueda y diagnóstico que nos ha permitido averiguar qué antecedentes históricos han definido la evolución de nuestra temática, la Pedagogía hospitalaria. Estos datos han sido considerados como indicativos de influencia en el problema objeto de estudio y utilizados para determinar las variables de estudio.

La revisión bibliográfica supuso una de las tareas iniciales de nuestro trabajo.

Centrándonos en la fase de reflexión y planteamiento del problema objeto de estudio, podemos tener en cuenta el modelo de proceso de investigación de Fox (1981), que propone diferenciar dos tipos de revisión bibliográfica:

- Bibliografía conceptual, correspondiente a la documentación (libros, artículos, etc.) de autores que exponen su conocimiento sobre el campo específico de nuestro tema de estudio (Estatus de la Pedagogía hospitalaria), que permite obtener información de base.

- Bibliografía de investigación, que ofrece conocimiento de los trabajos e investigaciones que abordan nuestro tema de estudio. Estos documentos nos aportan información de referencia.

Podemos presentar un esquema representativo de las diferentes fuentes bibliográficas que utilizamos:

Tabla 12: Fuentes bibliográficas utilizadas.

Fuentes bibliográficas	Documentos	Información
Monografías	Libros, revistas, artículos, entrevistas, etc.	Conceptual, histórica, de fundamentación, metodológica, etc.
Bases de datos	TESEO, ISBN, etc.	Trabajo de investigación, tesis, bibliografía, etc.
Congresos y Jornadas	Libros de actas, ponencias conferencias, mesas redondas, comunicaciones, talleres.	Trabajos de investigación, experiencias docentes, temáticas de debate, reflexiones educativas.
Bibliotecas	Libros, revistas, tesis, enciclopedias, trabajos de investigación, etc.	Conceptual, histórica, de fundamentación, metodológica, etc.

Nos planteamos qué aspectos pueden tener mayor interés dentro del tema, teniendo en cuenta una serie de variables y nos parecen interesantes las vivencias de un colectivo de profesionales de la educación que realiza su labor en un contexto tan especial y complejo como el que corresponde a las instituciones sanitarias y cómo se perciben los cambios que necesariamente se van produciendo, pues nos parece que puede ser enriquecedor interpretar las dinámicas que se han de producir dentro de él.

Los interrogantes que se plantean y que constituyen nuestro problema, son muchos:

¿Cuáles son los principales objetivos de las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias? ¿Existe una pedagogía común a todas las aulas hospitalarias? ¿Cómo ha de estructurarse la

atención educativa en un medio tan particular como el centro hospitalario? ¿Cuáles son las relaciones que deben establecerse entre el aula hospitalaria y el centro de origen del escolar? ¿Dónde se sitúa la actuación del pedagogo o profesor hospitalario en el entramado hospitalario? ¿Qué evolución han tenido las aulas hospitalarias? ¿Cómo ha de plantearse la formación del pedagogo hospitalario en un futuro? Son algunas de las preguntas que nos hacemos y que nos gustaría poder dar respuesta con nuestro trabajo.

Se hace necesario conocer todo lo que previamente se ha estudiado en relación al tema, pues nos ayudará a enfocar nuestro problema, en un contexto amplio. En nuestro caso, no son abundantes los trabajos que hasta ahora han abordado el tema objeto de nuestra investigación, en nuestra Comunidad.

Respecto a las Jornadas de Pedagogía hospitalaria, fueron seleccionadas todas las organizadas a nivel nacional y que constituyeron el tema de nuestro trabajo de investigación tutelado (TRIT), presentado en el año 2006, con el título de “La Pedagogía hospitalaria a través de la evolución de sus Jornadas” y cuyas aportaciones lógicamente nos serán de gran utilidad en la presente investigación

2.2 Planificación del trabajo de investigación.

Todo proceso de investigación necesita una meticulosa planificación para conseguir unos resultados satisfactorios.

Atendiendo de forma concreta a las características de nuestro estudio, podríamos señalar algunos factores que justifican de manera especial la programación del trabajo: los escenarios determinados, la concreción de las poblaciones sobre las que va a centrarse el estudio viene determinada en función de los objetivos de la investigación y del problema concreto que ésta aborda y la necesidad de expresar las consideraciones en relación al tipo de investigación, estrategias, etc.

2.2.1. El escenario.

Se llama “campo” (reminiscencia de cuando las investigaciones se realizaban en sociedades primitivas) o “escenario” al emplazamiento donde el investigador se va a situar como observador, que puede ser una comunidad (una aldea o pueblo, un barrio, un centro educativo, la sala de un hospital, etc.) o un grupo (los ancianos de una residencia, un colectivo profesional, los alumnos de un centro, etc.). Entrar en el campo requiere diligencia y paciencia, depende de la accesibilidad, del nivel de conocimiento del campo y del grado de participación del investigador.

En este sentido hay que distinguir dos situaciones:

- a) La del investigador-observador participante en su sentido clásico, en la que no tiene por qué existir una relación o un conocimiento previo del investigador-observador sobre el escenario.
- b) La del participante investigador-observador, que se da en escenarios con participación profesional del investigador.

En nuestro caso, esta segunda opción, será la utilizada para acceder al escenario o campo, que se hará con participación profesional del investigador.

Lógicamente una vez presentado el problema, hemos de buscar el escenario, es decir el lugar que reúna las condiciones necesarias para permitir el desarrollo de la investigación. En el caso de nuestra investigación, no supone ninguna dificultad para nosotros, pues lógicamente ha de ser el aula hospitalaria.

Más concretamente, si cabe, diremos que los escenarios serán la totalidad de las aulas hospitalarias de nuestra Comunidad, donde ya se ha generalizado la atención escolar al alumno hospitalizado.

Como nuestra actuación se centra en el aula hospitalaria, consideramos que los profesores de aulas hospitalarias constituyen el

colectivo que conforma junto con alumnos, padres, profesores y personal sanitario, el hecho educativo y son elemento fundamental en nuestro trabajo de investigación.

Será pues obligado, informar a los distintos miembros de la comunidad educativa en este contexto hospitalario, de nuestros propósitos, ya que es probable que en algunos momentos necesitemos de su colaboración.

2.2.2. Objetivos de la investigación.

En el campo educativo, a nivel de aula, es obligado en cualquier programación o proyecto de trabajo a desarrollar con alumnos, resaltar los objetivos que se pretenden conseguir.

De otra parte, es grato comprobar que en el campo de la investigación educativa, desde hace unos años se aprecia una merma en la dicotomía investigador-profesor y por el contrario comprobamos con agrado, el aumento del número de experiencias o investigaciones llevadas a cabo por los mismos profesionales que desarrollan su actividad en el aula, lo que favorece diseñar el trabajo de investigación, pensando en unos objetivos y conclusiones que faciliten la aplicación práctica en las propias aulas.

Es en esta perspectiva dónde pretendemos situar a nuestro trabajo, pues estamos convencidos de que hemos de ser capaces de reflexionar sobre todo lo que hemos y estamos desarrollando; contrastar, comparar lo que estamos haciendo en la práctica con lo que en su momento programamos, teniendo en cuenta los condicionantes, las peculiaridades, las imposiciones, para evitar que lo que hacemos se vaya poco a poco alejando de lo que en su día pensamos que era lo acertado o lo que realmente se espera que hagamos, lo que no significa que lo que una vez planificamos no pueda modificarse en función de nuevas circunstancias.

Queremos reflejar de la manera más fiel posible la realidad de los profesores de aulas hospitalarias, profesionales que desempeñan

su actividad en instituciones hospitalarias, con la intención también de que las aportaciones que podamos realizar contribuyan a facilitar el conocimiento de la labor de unos profesionales que aún hoy puede ser tan difusa y desconocida como importante.

Los objetivos que creemos poder conseguir a través de un trabajo como éste son muchos pero nosotros pretendemos sobre todo darles una dimensión eminentemente práctica. Está claro que nos interesa que sea así, en primer lugar por nosotros mismos, pues el simple hecho de investigar nuestra propia práctica profesional ya nos va a enriquecer y nos va a proporcionar alternativas de actuación posterior y aún más si es posible, aportar estrategias y herramientas de intervención que puedan ser útiles para todos aquellos que nos dedicamos a la docencia en un ámbito hospitalario.

Son muchas las cuestiones que existen y que nos gustaría poder clarificar, todas ellas relacionadas, como no puede ser de otro modo, con las actuaciones educativas en un contexto hospitalario:

- a) ¿Cómo está ubicadas y con qué recursos cuentan las aulas hospitalarias?
- b) ¿Cuáles son los objetivos de un aula hospitalaria? ¿Existen una cultura y una pedagogía comunes a todas las aulas hospitalarias?
- c) ¿Cómo se llevan a cabo las actuaciones educativas en el ámbito hospitalario? ¿Cómo se distribuyen los tiempos?
- d) ¿Cómo se sitúa el profesor hospitalario en el entramado “multiprofesional” de la atención al alumno hospitalizado? ¿Cómo es aceptada su tarea?
- e) ¿Qué tipo de relación se da entre el aula hospitalaria y el aula escolar del centro de origen?
- f) ¿Cómo es la relación del aula hospitalaria con la familia?

- g) ¿Cómo es la comunicación del aula hospitalaria con la administración educativa y con la administración sanitaria?
- h) Teniendo en cuenta los cambios sociales, ¿es válido el modelo actual de intervención educativa en el contexto hospitalario para un futuro a medio plazo?
- i) ¿Qué colaboración existe entre las aulas hospitalarias, las aulas de unidades de Psiquiatría infanto-juvenil y de hospital de día, si es que hubiera en el centro hospitalario?
- j) ¿Qué grado de satisfacción tiene el profesor de aula hospitalaria sobre el desarrollo de su trabajo?
- k) ¿Cuáles son las mayores dificultades que encuentra el profesor hospitalario para poder llevar a cabo sus funciones?
- l) ¿Cuál es la formación de un profesor de aula hospitalaria? ¿Sería conveniente algún cambio al respecto?
- m) ¿Qué “mecanismos” existen que permitan contrastar actuaciones, exponer experiencias, potenciar investigaciones (Cursos, Jornadas, Talleres, etc.) para enriquecer las actuaciones educativas en el aula hospitalaria y en definitiva la Pedagogía hospitalaria?

Para intentar dar una respuesta a estos interrogantes planteamos una serie de objetivos que son aquellos que nos gustaría poder alcanzar al finalizar la investigación, además de algún otro que pudiera surgir en el desarrollo de la misma. Son los siguientes:

- a) Conocer las actuaciones educativas llevadas a cabo en las aulas hospitalarias de Castilla y León durante estos veinticinco años, repletos de grandes cambios (tanto a nivel educativo como sanitario) para plasmarlas en un trabajo a modo de documento histórico.

- b) Constatar la importancia de las aulas hospitalarias en la atención escolar al alumnado hospitalizado.
- c) Comprobar si el modelo de intervención pedagógica es el adecuado a las necesidades del escolar y su familia.
- d) Detectar el grado de satisfacción del profesorado hospitalario en el desempeño de sus tareas.
- e) Analizar la evolución que han tenido las actuaciones educativas en centros hospitalarios, en estos años.
- f) Revisar y valorar el uso de las TIC, como herramientas de trabajo en el aula hospitalaria.
- g) Valorar la importancia que tiene la labor del profesor hospitalario en el entramado “multidisciplinar” del centro sanitario y del centro escolar.
- h) Conocer las modalidades de formación e intercambio de experiencias de los profesores hospitalarios que sirvan para enriquecer las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias
- i) Proponer aspectos importantes en la actuación en aulas hospitalarias que puedan ser objeto de nuevas investigaciones en el campo de la Pedagogía hospitalaria.

Nuestros planteamientos son abiertos a la aparición de otros nuevos que puedan surgir y se consideren relevante para el tema objeto de la investigación, como no puede ser de otra manera desde los planteamientos metodológicos por los que nos guiamos.

2.2.3. Elección de la estrategia adecuada.

Está claro que las estrategias van a ser las herramientas con las que habremos de trabajar y como puede haber varias herramientas que permitan realizar diversos trabajos, hemos de intentar elegir la más conveniente, la más eficaz para realizar el nuestro.

Los métodos son herramientas, no son fines en sí mismos. La elección que haga el investigador ha de ser coherente con la pregunta de investigación, si no se pone en peligro la validez del estudio. El uso de estas herramientas exige un conocimiento de sus bases teóricas.

Siguiendo la adaptación que Latorre y otros hacen de Morse (1994) nos inclinamos por utilizar como estrategia la Etnografía ya que, en palabras de estos autores, es la más adecuada si lo que queremos estudiar es el tipo de cultura que define a una determinada escuela, pues encaja perfectamente en los propósitos de nuestra investigación.

Vamos a utilizar una variedad de técnicas de investigación para recoger datos tanto de los diferentes contextos como por medio de variedad de instrumentos con el fin de garantizar en lo posible los criterios de rigor que deseamos tenga nuestro trabajo. Las utilizadas se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 13: Técnicas utilizadas en nuestra investigación.

TÉCNICA	ESCENARIO	INSTRUMENTO
Observación participante	Siete aulas hospitalarias periódicamente y un aula de modo permanente	Fichas de observación. Registro. anecdótico.(profesores)
Entrevista (Semi-estructurada)	Profesores de aulas hospitalarias.	Ficha- Guión.
Historias de vida	Padres-alumnos	Conversación. Escrito
Análisis de documentos: -Administrativos -Actas de Jornadas de Pedagogía hospitalaria -Programaciones (objetivos, contenidos, actividades)	Todas las aulas. Documentos de la Administración. Todas las Jornadas de Pedagogía hospitalaria	Fichas

Algunos modelos e instrumentos utilizados, se recogen en el Anexo 7, 1e y 3g.

Pasaremos a exponer de manera específica las diferentes técnicas y antes bien podemos decir con relación a la obtención de nuestra información, que se cumple lo que Velasco y Díaz de Rada (1997) denominan “registro generalizado”, porque podemos ir registrando información de manera permanente de todas las situaciones que se puedan producir, debido a nuestra presencia continuada en el escenario y a nuestra participación activa en la vida de la Unidad escolar en la Institución hospitalaria, por lo que “...*el registro generalizado se convierte en transcripción de una experiencia directa de la realidad*”, como afirman los mencionados autores.

Nuestro método básico de trabajo consiste en la recogida de información constante de todas las actuaciones llevadas a cabo en el aula hospitalaria y en su entorno tanto sanitario como escolar. Se ha llevado a cabo principalmente a través de la observación, registro de datos y conversaciones mantenidas con las diferentes personas relacionadas con nuestro ámbito de trabajo.

Observación.

Observar es una de las actividades que con mayor frecuencia realizamos a lo largo de nuestra vida. A veces la realizamos sin darnos cuenta y otras lo podemos hacer con rigor y sistematicidad suficiente para llegar a conocimientos científicos.

Observar aquí es mirar y ver mientras se convive. Pero, ¿qué observar? Dependerá del grado de especificidad de nuestros objetivos. En el caso de un estudio sobre una comunidad o grupo:

- Lo que dicen (los discursos).
- Lo que hacen (las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas).
- Los objetos que utilizan.
- La ocupación del espacio (especialmente los lugares donde se desarrolla la vida social).
- El tiempo ordinario (trabajo) y extraordinario (ocio, vacaciones, fiestas).
- El hábitat (la forma de vivir).
- Las relaciones (agrupaciones, distribución edad-sexo, conflictos, etc.).
- Los acontecimientos inesperados (visitas, etc.).

Cada realidad puede sugerir puntos concretos de observación y participación, que previamente tendríamos que identificar y preparar en lo posible.

La observación para que pueda ser un instrumento útil en nuestro trabajo necesita, entonces, reunir al menos tres características:

a) Planificación: debemos pensar previamente los elementos o situaciones que han de formar parte de nuestra observación y pensar

qué, cómo, cuándo, con qué vamos a observarlos y además estando siempre abiertos a cualquier otra situación.

b) **Sistematicidad:** la observación no se limita a un momento sino que ha de ser realizada en tantos espacios y tiempos como sea necesaria.

c) **Control:** hemos de garantizar que los datos que obtengamos respondan fiablemente a las acciones observadas.

En nuestro ámbito educativo la observación es ventajosa por llevarse a cabo en un ambiente de naturalidad, sin ser en situaciones preparadas ni artificiales.

Es necesario anotar que alguna limitación puede presentarse en ocasiones, al distorsionarse las acciones por la presencia del observador, lo que se evita siendo el observador el propio docente.

Existen diferentes tipos de observación, en función de las variables que las cataloguemos. Latorre y otros (1989) señalan varios tipos de observación, clasificándolas de acuerdo a tres variables: control, estructuración y participación que van desde aquella observación sobre la que no se ejerce ningún control, ni estructuración, ni participación del observador hasta el otro extremo en el que se controla, estructura y participa.

Nosotros vamos a utilizar fundamentalmente el tipo de observación no controlada, no estructurada y participada.

Siguiendo a los mismos autores, en la clasificación realizada en función de otros parámetros, nuestra observación se incluiría dentro de lo que denominan “panorámica- participante”, pues es aquella que se realiza dentro de un grupo humano previamente seleccionado (el aula hospitalaria) y en la que el observador forma parte de las propias situaciones a observar, lo que conlleva un gran esfuerzo por parte del investigador, al verse obligado a identificarse con el problema y a situarse a cierta distancia del contexto observado.

La observación participante podemos decir que es una técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida.

¿Qué es, concretamente, lo que el investigador debe hacer al compartir y sumergirse en una observación participante? Podríamos sintetizar su actividad de la siguiente manera: el investigador cualitativo debe tratar de responder a las preguntas de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué alguien hizo algo; es decir, se consideran importantes los detalles. Este conjunto de interrogantes centran su actividad en la ubicación de los datos más significativos que le servirán después para la interpretación adecuada de los hechos o acontecimientos.

También es importante que las expresiones más valiosas y típicas sean recogidas literalmente, para citarlas después como testimonio de las realidades observadas.

La observación participante aporta una serie de ventajas como pueden ser: la posibilidad de observar situaciones que podrían pasar desapercibidas para un observador ocasional, así como poder ampliar el campo de la observación a otros contextos y comprender comportamientos que podrían tener otras interpretaciones si fueran observados de forma puntual o esporádica. Podemos considerar a la observación participante como un método interactivo de recogida de información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando.

Como inconvenientes de este tipo de observación podemos anotar la posibilidad de acercarse a las situaciones, al escenario, desde unos parámetros personales preconcebidos, realizando “valoraciones” en función de lo que ya se sabe o conoce. Hay que ser capaces de diferenciar los dos roles que hemos de desempeñar: el de profesor de aula hospitalaria y el de investigador etnógrafo, en nuestro caso. Para hacer frente a este doble juego de roles que se

produce en la observación participante hay que hacer uso de la estrategia que se denomina “extrañamiento”.

El extrañamiento va a consistir en que en nuestro papel de etnógrafos, cualquier situación que se produzca en el escenario o campo de observación ha de ser vista como razonable, aunque no pueda ser compartida por nosotros de ese modo; nuestra actitud no ha de ser la de juzgarla o valorarla, sino comprenderla e interpretarla, intentando descubrir los argumentos que la sostienen. Pero está claro que la observación participante favorece un acercamiento del investigador a las experiencias en *tiempo real* que viven personas e instituciones; el investigador no necesita que nadie le cuente cómo han sucedido las cosas o cómo alguien dice que han sucedido, él estaba allí y formaba parte de aquello.

Entrevista:

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre una situación determinada. Presupone, pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal. La entrevista tiene la finalidad de obtener la información que en principio se supone pueden proporcionar los entrevistados.

La entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica.

La diferencia fundamental entre la entrevista y la observación es que aquella se desarrolla en ambiente artificial, como señalan Taylor y Bogdan (1984: 100), al decir que son ... *encuentros reiterados, cara a cara, entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas.*

La entrevista puede presentar también distintas variantes en función de una serie de parámetros: nivel de dirección o estructuración, campo de información, número de individuos que participan. Nosotros nos inclinamos, pues pensamos que es lo mejor que se adapta a nuestras intenciones, de manera general por la realización de entrevistas individuales, con un contenido que abarca todos los aspectos relacionados con la vida del aula escolar hospitalaria (holístico) y hemos optado por una entrevista que denominamos semi-estructurada (Anexo 7c), pues generalmente se tenían de antemano una serie de preguntas que se habrían de formular con el fin de garantizar la obtención de algunos datos que consideramos relevantes, pero siempre con el suficiente grado de libertad por parte del entrevistado para aportar, ampliar, reconducir cualquier información que él considere oportuna, lo que ha ocasionado en algún caso que el esquema previamente preparado por nosotros se haya dejado prácticamente al margen al considerar más interesante la dirección aportada por el entrevistado.

Esta entrevista semi-estructurada adopta la forma de un diálogo coloquial. La gran relevancia, las posibilidades y la significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos, estriba, sobre todo, en la naturaleza y calidad del proceso en que se apoya. A medida que el encuentro avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando forma en nuestra mente; adquirimos las primeras impresiones con la observación de sus movimientos, sigue la audición de su voz, la comunicación no verbal (que es directa, inmediata, de gran fuerza en la interacción cara a cara y, a menudo previa a todo control consciente) y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas, orientar hacia una perspectiva, o recordar los hechos necesarios.

El contexto verbal permite, asimismo, motivar al interlocutor, elevar su nivel de interés y colaboración, reconocer sus logros, prevenir una falsificación, reducir los formalismos, las exageraciones y las distorsiones, estimular su memoria, aminorar la confusión o

ayudarle a explorar, reconocer y aceptar sus propias vivencias inconscientes. Y en cada una de estas posibles interacciones también es posible decidir la amplitud o estrechez con que debe plantearse el problema, si una pregunta debe estructurarse en su totalidad o dejarse abierta y hasta qué punto resulta conveniente insinuar una solución o respuesta.

Muy importante es, lógicamente, a la hora de llevar a cabo la entrevista, el establecimiento de un adecuado clima de empatía que haga posible su desarrollo dentro de los límites de la mayor sinceridad y cordialidad. Por suerte, nosotros, hemos de decir que no hemos tenido ningún problema, puesto que todas las personas entrevistadas tenían conocimientos o referencias nuestras y manifestaban un gran interés por participar y contribuir en la medida de sus posibilidades a la mejora de las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias. No han tenido ningún reparo en que quedaran registradas sus aportaciones.

Historia de vida.

El uso polisémico de la expresión "historia de vida" ha traído consigo cierta confusión terminológica, que ha conducido a su definición y clarificación por parte de diversos autores.

*“Entendemos por **historia de vida**, el relato autobiográfico obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia. El investigador es solamente el inductor de la narración, su transcriptor y, también, el encargado de "retocar" el texto” (Pujadas, 1992)*

“Recoger los relatos o las historias de vida no es recoger objetos o conductas diferentes, sino más bien asistir y participar en la elaboración de una memoria que quiere transmitir a partir de la demanda de uno, del investigador. Por eso, la historia de vida no es sólo transmisión sino una construcción en la que participa el propio investigador” (Santamarina y Marinas, 1995)

Las historias de vida sirven como técnica de introspección y toma de conciencia de los planteamientos sobre la Pedagogía hospitalaria. En este sentido la utilización de historias de vida en nuestro trabajo de investigación, nos parece interesante porque estamos seguros de que nos va a servir de gran ayuda para comprender mejor el sentido de la atención escolar al alumno hospitalizado y a la necesidad de elaborar diferentes modelos de intervención en las actuaciones.

Con la utilización de este instrumento de introspección vamos a conseguir que el alumno y la familia tomen conciencia de cómo han vivido la experiencia del aula hospitalaria y su vivencia a lo largo de todo el sistema educativo y nos va a permitir, a partir de la reflexión y la comprensión, sobre dicha realidad, analizar el estado de la cuestión, incluyendo la diversidad y poder hacer previsiones de futuro sobre dónde debe y puede avanzar la Pedagogía hospitalaria.

La historia de vida supone probablemente el esfuerzo mayor de todos los instrumentos utilizados, pues traspasa los ámbitos estrictamente escolares para abarcar otros de la vida de la persona que pueden estar influyendo en gran medida. La historia de vida en nuestro trabajo, se ha utilizado en casos concretos de familias, con mucha delicadeza por lo especial de las circunstancias lógicamente, pero que han querido participar de forma voluntaria y generosa y que nos ha parecido que podían aportar información relevante para las actuaciones escolares en aulas hospitalarias. (Anexo 7e).

A través de esta estrategia podemos conocer cómo percibe y vivencia una persona toda una serie de circunstancias en las que se desarrolla su vida y cómo éstas pueden hacerle vivir las situaciones de una manera totalmente personal y diferente de lo que pueden considerarse los cánones de conducta normalizada.

Para obtener la información hemos hablado con la familia. Se ha establecido una buena relación dialéctica con ella, para lo cual hemos considerado imprescindible actuar con total claridad y transparencia a la hora de manifestar todos los aspectos relacionados

con nuestros objetivos, tiempos, etc., así como también la garantía de una total y absoluta confidencialidad de las informaciones y el respeto por derecho que tienen a permanecer en el anonimato.

El criterio que hemos utilizado para seleccionar a las familias, ha sido teniendo en cuenta el nivel del alumno-paciente y la estancia clasificada como media-intermitente o de larga duración por prestarse mejor a ser vivida y apreciada por el alumno y por todos los miembros de la familia. De ese modo se ve precisamente qué respuestas se les puede proporcionar desde el sistema y cómo experimentan ellos sus propias situaciones.

El número de historias recogidas ha sido amplio y la información vertida en ellas es diversa, variada, pero realmente enriquecedora.

Análisis de documentos y materiales

El análisis de documentos y materiales (también llamado análisis de contenido) nos permite aumentar nuestros instrumentos para obtener información a través de la lectura.

En la lectura de un texto no existe unanimidad entre los autores a la hora de establecer los elementos principales en los que hemos de fijarnos. Hay autores que consideran que se debe hacer desde una perspectiva cuantitativa y mecánica en la que se contabilicen los elementos presentes en el mismo (Bardin, 1986; Markoff, Shapiro y Weitman, 1975), otros son partidarios de extraer inferencias de la propia lectura (Osgood, 1959; Krippendorff, 1980)

Nosotros nos mostramos partidarios de la opinión de Ruiz e Izpizúa y consideramos que el análisis del contenido debemos llevarlo a cabo desde una perspectiva cualitativa, puesto que un análisis cuantitativo no nos aportaría la riqueza que tiene cualquier documento escrito.

Un texto se presta a diferentes interpretaciones, de tal forma que lectores diferentes pueden extraer significados distintos del mismo, incluso pueden no ser coincidentes con el sentido que pretendía dar el propio autor, o incluso puede ocurrir que un autor escriba un texto con la intención de que pueda ser interpretado de diferente manera según los lectores que accedan a él.

La recogida de materiales (artefactos si utilizamos la denominación de Goetz y LeCompte), consiste en analizar todos aquellos documentos y materiales a los que se puede tener acceso ya que a través de ellos se pueden extraer informaciones de excepcional riqueza para los objetivos de la investigación. En este sentido, la educación recurre, con adaptaciones adecuadas, a la utilización de instrumentos que ya han venido siendo utilizados desde hace tiempo por los antropólogos o los historiadores.

Libros, informes, publicaciones, actas, documentos, protocolos de recogida de información, instrumentos de evaluación, fichas de registro..., son algunos de los “artefactos” que habremos de analizar para poder captar el sentido de algunos datos relevantes para el estudio que acometemos. En la mayoría de los casos utilizaremos documentos referidos a la constitución o al funcionamiento de las aulas hospitalarias, sin embargo, en otros, serán preparados para contribuir al proceso de la investigación.

Cuando hemos localizado los documentos que nos interesan, los preparamos para nuestra utilización. Como debemos escribir y hacer anotaciones sobre ellos, tendremos que reproducirlos o duplicarlos, organizarlos y analizarlos. (Anexos 7a y 7c).

2.3. Recogida de datos.

Tras superar la primera parte de los estudios conducentes a obtener el Doctorado y siguiendo con el desempeño de nuestra tarea educativa en el aula hospitalaria, disponemos del escenario adecuado para realizar nuestro proyecto, como pensábamos. Encontramos que

disponemos de un escenario pleno, con las aulas hospitalarias de Castilla y León que se encuentran en funcionamiento y totalmente dispuestas a colaborar en el trabajo.

Son muchos los años de experiencia que avalan las actuaciones educativas en estas instituciones sanitarias, en general y por tanto podemos contar con rica y abundante información. Pero esos cuantiosos datos precisan de una estructura, una organización adecuada para conseguir los objetivos de nuestra investigación y así nos lo proponemos.

Es a partir de esa fecha, en septiembre de 2006, cuando se inicia este trabajo de campo que se prolonga durante tres cursos (2006-07, 07-08, 08-09 y 09-10) que es el periodo de tiempo en el que hemos ido recogiendo la información de la presente investigación.

Los datos se han obtenido a través de los siguientes instrumentos:

Tabla 14: Técnicas e instrumentos de nuestra investigación.

TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVACIONES
<i>Observación participante</i>	Fichas de observación	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha realizado en las aulas hospitalarias. En un aula de modo permanente y puntualmente en las demás. Los propios profesores son los que han ido reflejando las situaciones, incidencias o datos significativos para el trabajo. • Ha sido una de las técnicas que mayor aportación de datos ha realizado a nuestro trabajo, tanto por su cantidad como por su riqueza. • Como la situación de observación era previsible de antemano se diseñó previamente la Ficha de observación, aunque siempre con el suficiente grado de flexibilidad que nos permitiera recoger cualquier otro tipo de información que se produjera y no pudiera estar prevista en un principio. .../...

	Registro anecdótico	<ul style="list-style-type: none"> • Es un apartado que hemos incluido en la ficha de observación y con él hemos pretendido recoger información de aquellas situaciones y expresiones que de manera imprevisible se han venido produciendo. Se anotan hechos que además de dar a conocer “anécdotas”, van a permitir apreciar que algunas de ellas no lo son tanto y pasan a convertirse en actuaciones más o menos estables y que se repiten con cierta frecuencia.
Entrevista (Semi-estructurada)	Ficha-guión	<ul style="list-style-type: none"> • Se han realizado entrevistas a todos los profesores de aulas hospitalarias, padres de alumnos, personal sanitario, alumnos y también a algún miembro de la Administración Educativa provincial. • Las entrevistas han respondido generalmente a la misma estructura. Previamente se elaboraba un guión en función de quién fuera el entrevistado en el que se recogían aquellas cuestiones sobre las que nos parecía importante obtener información, quedando el resto en función del propio desarrollo de la misma y de cuantas aportaciones quisieran manifestar los entrevistados. • Queremos dejar constancia del alto grado de colaboración de cuantas personas han sido entrevistadas y el buen clima en que se han desarrollado. Todas estaban dispuestas a registrar su identidad, si era necesario.
Historias de vida	Escritos. Conversación	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias y los alumnos han participado de manera muy activa, pues eran conscientes de poder ayudar a mejorar situaciones vividas por ellos y además lo veían algunos como una terapia que les permitía expresar y liberar ciertos sentimientos. A través de estas historias hemos podido constatar situaciones diferentes de los alumnos atendidos en las aulas y cómo pueden incidir circunstancias concretas de la vida en el proceso educativo. Nos han permitido ver cuáles son los recursos y las respuestas más adecuadas y también han descubierto otras menos adecuadas.
Análisis de documentos y materiales	Ficha-registro	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos: los documentos existentes de petición de creación de las aulas hospitalarias. Revistas de aulas hospitalarias. Textos de las Jornadas de Pedagogía hospitalaria. Plan marco de Atención escolar de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. Memorias de prácticas de los alumnos de Educación y de Psicopedagogía. Noticias en prensa. • En este apartado nos pareció también conveniente realizar una sencilla ficha para indicar de antemano los aspectos a considerar, aunque abierta por supuesto a otra información no prevista en principio pero que pudiera producirse y resultar enriquecedora.

2.4. Análisis de datos.

Los datos que vamos recogiendo en nuestra investigación parecen piezas sueltas de un puzle que aisladamente carecen de sentido y es sólo cuando son colocadas de manera adecuada y en el lugar correcto, cuando parecen transmitir ideas concretas, clarificar, dar a conocer otras nuevas, etc. La recogida de datos o de información no es, por tanto, el fin de la investigación, sino un

medio imprescindible para extraer conclusiones y poder realizar aportaciones fundamentales.

Podríamos definir el análisis como el proceso a través del cual vamos más allá de los datos para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, a su entendimiento y comprensión.

Según Goetz y LeCompte (1981), el análisis debe ser abordado de forma sistemática, orientado a generar constructos y establecer relaciones entre ellos, constituyéndose esta metodología, en un camino para llegar de modo coherente a la teorización.

En ocasiones, el término análisis es entendido como el proceso de codificar, de agrupar según significados, de recuperar datos. En este sentido, el análisis adquiere matices propios de tareas o procedimientos de procesamiento y organización de los datos, estando relativamente aislado del ejercicio de interpretación. Para otros autores, el análisis es entendido exclusivamente como el trabajo imaginativo y creativo de interpretación, relegando las tareas de categorización, organización y clasificación de los datos a una fase preliminar al análisis propiamente dicho.

Nosotros nos inclinamos por adoptar una postura integradora entendiendo que el trabajo de organización e interpretación de los datos están intrínsecamente relacionados y que se realizan de forma paralela no teniendo sentido uno sin el otro.

Cuando hablamos del análisis de datos cualitativos hacemos referencia al mismo como “proceso de análisis”. Esto es así porque el análisis de los datos no corresponde a una fase determinada del proceso de investigación aislada en el tiempo, sino que es una actividad procesual y dinámica que comienza desde el mismo momento en que el investigador entra en el campo hasta que se retira de éste y se redacta el informe final de investigación. Obviamente, las inferencias analíticas no son igual de profundas y ricas al comienzo del proceso que al final, sin embargo, todas ellas contribuyen al entendimiento del fenómeno de estudio. El proceso

de análisis, por tanto, evoluciona en la medida en que lo hace el propio proceso de investigación siendo en sus primeras fases más descriptivo y general para pasar a ser más focalizado e interpretativo en las fases más avanzadas.

El análisis podemos considerarlo como elemento mediador entre los datos y las conclusiones y podemos representarlo de forma gráfica así:



Gráfico 9: Situación del análisis como mediador entre datos y conclusiones.

La importancia del análisis de datos viene dada principalmente porque a través de él es como “...podemos acceder a resultados y conclusiones, profundizamos en el conocimiento de la realidad objeto de estudio” (Rodríguez y otros, 1999: 197). Sin embargo esta importancia lleva aparejada también una gran dosis de dificultad derivada principalmente de la propia naturaleza de los datos recogidos (forma de transmisión, abundancia,...) a la que debemos unir las escasas orientaciones con que suele contar el investigador para acometer este proceso (se suelen utilizar modos que dependen más del estilo del propio investigador), pues podemos decir, casi con seguridad, que esta parte de la investigación es sin duda la menos frecuente y abundante en los tratos de etnografía.

El proceso de análisis es, por tanto, un proceso creativo y sagaz, donde la sensibilidad del investigador toma especial importancia (entendiendo por sensibilidad la capacidad crítica y analítica de ver más allá de los datos, de identificar la esencia de los mismos). La imaginación, la capacidad de “jugar con los datos”, de extraer el máximo jugo de los mismos se podría asemejar a la

capacidad exquisita de un artista por identificar múltiples tonalidades de color y saberlas conjugar de tal manera que se consiga extraer de ellas el máximo valor interpretativo y representativo del fenómeno que se intenta dar a conocer a través del cuadro. Obviamente la capacidad interpretativa se adquiere con la experiencia y se ve influida por nuestras propias experiencias vitales, analíticas, bagaje de conocimientos previos..., actitudes y aptitudes personales. Cada investigador se enfrenta al análisis con ciertos recursos metodológicos aprehendidos, pero también con otros nuevos recursos por crear y generar, con diferentes materiales y herramientas para sacar adelante su trabajo.

El análisis de los datos en una investigación etnográfica es, a la vez que una tarea atractiva, uno de los aspectos más complejos, debido tanto a la diversidad de la que proceden como al carácter propiamente abierto de los procesos de análisis que hace que vayan apareciendo nuevas líneas y propuestas a medida que se avanza en la investigación.

Las dificultades anotadas no deben ser motivo para que nos hagan abandonar el proceso, sino más bien deben ser resortes que nos impulsen a acometerlos con más fuerza, ya que de lo contrario nuestras aportaciones quedarían reducidas a unas simples descripciones cuya interpretación estaría en función de quién tuviera acceso a ellas, con lo que pudieran no ser coincidentes con las nuestras, o lo que sería más grave, ser contradictorias con ellas; de aquí la importancia y nuestro interés de llevar a cabo un buen análisis.

Una característica que diferencia el análisis de datos en una investigación cualitativa con respecto a una cuantitativa es que en ésta se produce al final del proceso investigador, una vez se han recogido ya todos los datos de la investigación, mientras que en nuestro caso, el análisis de datos se convierte también en un proceso cuyo inicio hemos de situarlo en el mismo comienzo de la recogida de los primeros datos, pues cada uno de ellos cobra ya un significado

en función no sólo del contexto en que se ha obtenido, sino también de la forma en que ha sido comunicado y registrado, pues el dato es:

... una elaboración, de mayor o menor nivel, realizada por el investigador o por cualquier otro sujeto presente en el campo de estudio, en la que se recoge información acerca de la realidad interna o externa a los sujetos y que es utilizada con propósitos indagativos. El dato soporta una información sobre la realidad, implica una elaboración conceptual de esa información y un modo de expresarla que hace posible su conservación y comunicación. (Rodríguez y otros, 1999: 199)

El análisis sería, según los mismos autores:

... un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación.

Esto hace que en nuestro trabajo los procesos de obtención de datos y análisis de los mismos, no son dos procesos que se superponen, sino más bien son partes integrantes del mismo proceso (el proceso investigador) que no llega a acabarse ni siquiera cuando nos ponemos a reflejar de forma escrita nuestras conclusiones en el correspondiente informe, pues aún en ese momento todavía estamos sometiéndolos a revisiones (Erickson, 1989) habiendo quién incluso llega a recomendar que se comience cuanto antes a elaborar el informe de la investigación etnográfica, ya que al escribir estamos al mismo tiempo analizando y procesando las informaciones obtenidas (Spradley, 1979).

Sin embargo y a pesar de lo dicho, es necesario dedicar una parte específica del trabajo a la realización del análisis de todos los datos obtenidos, cuanto más fundamentado mejor, pues ello contribuirá a dar fortaleza a nuestras conclusiones. Precisamente, de aquí se puede derivar que la investigación tenga mayor o menor “prestigio” en función del nivel de consistencia con que se analicen y posteriormente se presenten los datos.

Según Velasco y Díaz de Rada (1997), el investigador etnográfico no sólo ha de saber describir las situaciones, sino que además, ha de saber traducirlas y, lo que es más importante, interpretarlas, de tal manera que cobren todo su sentido para quien posteriormente pueda tener acceso a ellas a través del informe correspondiente.

Desde muy antiguo, en las Ciencias Sociales se ha hablado más en términos de interpretación que de explicación, concediéndose una mayor relación a la explicación con las Ciencias Naturales. La diferencia entre unas ciencias y otras parece estar clara, mientras las últimas suelen buscar leyes, las primeras se fijan menos en el proceso que en el propósito. Desde esta perspectiva es desde donde cobra mayor sentido que en un estudio etnográfico hagamos referencia más a la interpretación que a la explicación, ya que, como afirma Berger y Kellner (1985: 74) en las ciencias no podemos considerar la existencia de hechos desnudos, sino que todos los hechos se producen dentro de un “marco conceptual específico”

Al interpretar presentamos nuestros descubrimientos y logros sobre aquello que hemos investigado en función de una serie de relaciones que hemos sido capaces de descubrir:

Buena parte del trabajo del etnógrafo consiste en percibir primero y describir después, eso que los nativos hacen positivamente, para poder inferir las reglas de su juego sociocultural (Velasco y Díaz de Rada, 1997: 149).

Por tanto, desde esta óptica interpretativa, nuestro análisis se parece más a la lectura de un texto literario que a la disección de un organismo vivo. (Geertz, 1992)

Para poder llevar a cabo una buena interpretación de los datos hemos de situarnos necesariamente dentro del escenario (no sólo físico, sino también ideológico, sociológico, dinámico...) en que las informaciones obtenidas se producen, pues es allí donde cobran realmente el sentido que tienen, es lo que, haciéndonos eco de los

mencionados autores, denominamos como “suministro de contexto”, a través del cual también (Velasco y Díaz de Rada: 237)

...damos oportunidad al lector de la Etnografía de ponerse en el lugar de aquellos que viven una forma extraña de experiencia, ofreciéndole, de una manera ordenada, la mayor cantidad posible de claves significativas sobre su realidad concreta” [...] Una buena Etnografía no sólo ha de perseguir expresiones verdaderas (o al menos no falseadas) de los fenómenos, sino también traducciones oportunas y afortunadas entre modos de vida.

Identificar temas, mostrar su vinculación, exponer el conjunto de reglas en las que quedan encuadrados, construir la estructura simbólica subyacente, etc., es el programa para elaborar una interpretación. La recompensa está en el procedimiento mismo: comprender, tornar inteligible la acción humana [...] Ésta es también la lección de la antropología. Los grupos humanos que estudiamos son quienes ensanchan nuestro conocimiento. Son nuestros propios maestros. Para el antropólogo, el objeto de estudio se convierte en sujeto docente. (Velasco y Díaz de Rada: 237).

Estos autores se inclinan por utilizar, siguiendo a Wolcott (1994) el término “transformaciones” para designar a las “técnicas que el etnógrafo utiliza para hacer sus datos inteligibles”.

La función principal de estas técnicas no es tanto realizar aportaciones cerradas que pudieran impedir su modificación o replanteamiento a la luz de nuevas aportaciones, cuanto capacitar al etnógrafo para seguir planteando cuestiones que vayan enriqueciendo cada vez más la situación estudiada al incrementar las relaciones causales entre sus diferentes integrantes, dentro del sentido holístico que necesariamente ha de tener, por lo que llegan a afirmar que “estas técnicas que nos permiten transformar sucesivamente el estado de la información en Etnografía tratan de capacitarnos para formular, progresivamente, mejores preguntas”.

Dentro del proceso etnográfico, no sitúan las transformaciones como la parte final, o una de las últimas, sino que al contrario, las colocan dentro del mismo como un aspecto que acompaña al propio proceso en sí y de ese modo incluyen hasta cuatro “círculos” en que el etnógrafo ha de realizar transformaciones, aunque parece que les asignan una cierta secuencia lógica (unos deben producirse antes que otros), esta estructura no será “de escalera”, pues no necesariamente se han de producir todos ellos, ya que de unos se pueden saltar a otros sin pasar por el intermedio.

Estos cuatro círculos en que generalmente se van a producir las transformaciones son los siguientes:

1. La propia entrada del etnógrafo en el escenario, que hace que vaya ya transformando su presencia en el campo en información.
2. A la hora de registrar las informaciones e interacciones obtenidas.
3. Cuando el etnógrafo convierte los datos registrados en unidades de análisis.
4. Al afrontar la construcción de un texto en el que reflejar las aportaciones, que suele apoyarse en otras transformaciones realizadas anteriormente con el fin de resultar más convincente.

Esta última transformación, merece una gran atención, porque viene a ser una síntesis de todas las anteriores, teniendo que ser nuestro informe de investigación convincente pero sin renunciar por ello al correspondiente rigor científico, para lo cual no debemos pasar por alto aspectos tanto de conocimiento del campo investigado, como de la propia estructura y coherencia lingüística con que hemos de presentarlo.

Cuando vayamos a redactar el informe hemos de intentar evitar dos extremos, tanto una excesiva “minuciosidad” que pueda hacer que las conclusiones parezcan más el reflejo de nuestras propias ideas que el fruto de las informaciones obtenidas, como un

abandono o simpleza de las mismas para dejar todo a la interpretación de quien pueda acceder a ellas.

Como hemos reflejado ya, para el proceso de análisis no suele haber un acuerdo generalizado, pero determinados autores nos presentan algunas alternativas que pueden ayudarnos en ello, así por ejemplo Woods (1989: 136) hace referencia a aquellos aspectos que, según él, parecen tener una mayor relevancia en la investigación etnográfica actual, como son: análisis especulativo; clasificación y categorización; formación de conceptos; modelos; tipologías y teoría.

Es importante dejar muy claro que no necesariamente cada Etnografía ha de pasar por todos ellos, sino que puede detenerse en cualquiera a partir del primero, pues el recorrer más o menos, estará en función de una serie de variables que inciden sobre ella (tipo de estudio, tiempo,...)

El análisis especulativo consiste en realizar cada reflexión sobre los datos que se van obteniendo en el mismo momento que éstos se obtienen. Estas reflexiones pueden ser posteriormente perfiladas para facilitar su presentación y comprensión, pasando a tener una menor carga especulativa.

El análisis especulativo favorece la investigación en tanto que contribuye a conservar no sólo los datos obtenidos en el momento que se producen, sino también las primeras impresiones o juicios que nos surgieron y sirven de base para la realización de los pasos siguientes.

Con la clasificación y categorización tratamos de dotar ya a nuestros datos de un cierto orden que haga posible una comprensión posterior más asequible y clara.

Al clasificar los vamos disponiendo y agrupando en función de determinados criterios que nos van a permitir identificar las categorías presentes más relevantes, las cuales a su vez podremos

subdividir en unidades o agrupaciones más pequeñas. El establecimiento de una u otras categorías va a estar en función de los objetivos de la investigación.

Para establecer una buena categorización hemos de tener en cuenta que cada dato puede asignarse a una categoría y a ser posible a una sola de ellas, aunque esto puede resultar más complicado por la interdependencia que entre ellas suele existir.

Como con la categorización vamos a realizar en cierto modo una reducción y simplificación de los datos, organizándolos en grupos estructurados de manera prioritaria y ello pudiera hacer que, nuestra interpretación no coincidiera totalmente con la realidad de los datos; puede ser conveniente considerar las discrepancias con el informante, aunque no siempre es aconsejable buscar la confirmación de quién nos proporcionó los datos (Woods, 1989)

El final es llegar a la formación de conceptos, entendidos estos como un conjunto de objetos, sucesos o símbolos que tienen ciertas características comunes. Los conceptos conllevan un cierto grado de abstracción.

En nuestro caso, aspectos como repeticiones de palabras o incidentes, pueden ser indicios de estar ante los mismos conceptos.

Rodríguez y otros (1999) nos presentan un proceso general para el análisis de datos a partir de la propuesta realizada por Miles y Huberman (1994):

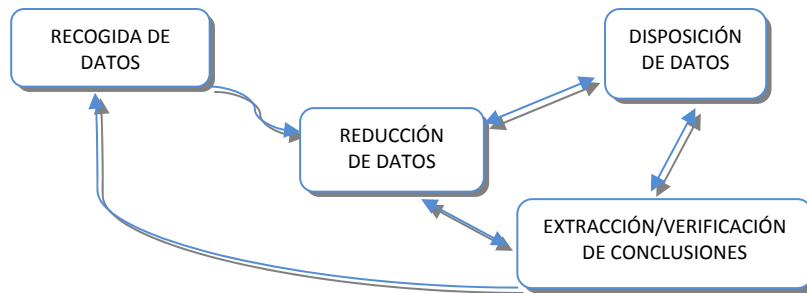


Gráfico 10: Tareas implicadas en el análisis de datos (Miles y Huberman, 1994).

El esquema no debe ser interpretado desde un carácter lineal, como se ve, ya que los distintos pasos no tienen por qué estar todos en las mismas condiciones; pueden darse en unos momentos o en otros, anterior, posterior o simultáneamente en función de los intereses de la investigación o las consideraciones del propio investigador.

Cada uno de los pasos del proceso lleva consigo la realización de unas tareas y actividades que, de manera general, quedan reflejadas en el siguiente gráfico, tomado de Rodríguez G. y otros, 1999.

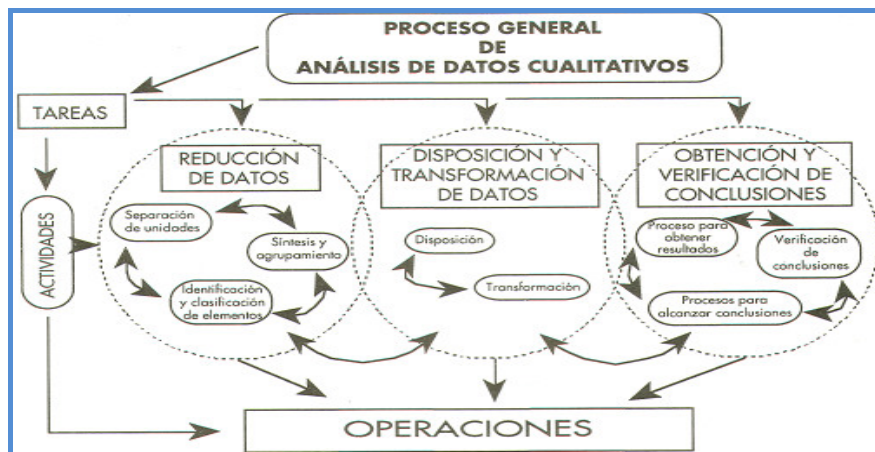


Gráfico 11: Tareas implicadas en el análisis de datos.

La definición de los conceptos anteriores se recoge en la Tabla 15, que aparece más adelante.

2.4.1. Reducción de datos.

Los datos obtenidos a lo largo de todo el proceso investigador son demasiado amplios y resultan por tanto, poco manejables. Hemos de proceder en un primer momento a simplificarlos detectando las unidades presentes dentro de ellos, teniendo en cuenta diferentes criterios, pero siendo generalmente el criterio temático el más utilizado y apropiado.

Después pasaremos a detectar algún tópico común a los elementos que componen una unidad, de tal forma que podamos establecer categorías (algunas de estas categorías irán surgiendo de los propios datos, sin embargo otras, podemos haberlas establecido de antemano, al considerarlas aspectos importantes a investigar, pero tanto unas como otras estarán siempre sujetas a modificaciones en función de los nuevos datos que vayan apareciendo) a las que asignaremos códigos que nos permitan una mayor operatividad. Una vez categorizados los datos podremos detectar otros tópicos o aspectos comunes a algunas de ellas que nos permitan agruparlas y llegar, así, a establecer otras categorías más amplias o metacategorías.

Tabla 15: Definición de los conceptos implicados en el análisis de datos.

		DEFINICIÓN DE CONCEPTOS		
TAREAS		REDUCCIÓN DE DATOS	DISPOSICIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE DATOS	OBTENCIÓN Y VERIFICACIÓN DE CONCLUSIONES
ACTIVIDADES	Separación en unidades: División de la información, atendiendo a diferentes criterios (espaciales, temporales, temáticos, sociales...), en partes más pequeñas que resultan relevantes o significativos.		Disposición de datos: Presentación organizada de un conjunto de información que facilite su interpretación.	Obtención de conclusiones: Conocimientos adquiridos en base al problema investigado que presentamos en forma de afirmaciones o proposiciones.
	Identificación y clasificación de unidades: Examen de las unidades que hemos separado para detectar en ellas algunos componentes comunes que nos permiten establecer categorías		Transformación de datos: Cambios o modificaciones utilizados en el lenguaje para presentar la información.	Verificación de conclusiones Confirmación de que los conocimientos o resultados a los que hemos llegado se corresponden con los significados reales del ámbito investigado.
	Síntesis y agrupamiento: Presentación en una categoría más amplia de la información común contenida en categorías diferentes.			

2.4.2. Disposición y transformación de los datos.

A través de estas tareas nos ocuparemos de presentar la información de manera organizada, de tal forma que resulte más manejable y comprensible al mismo tiempo. En algunos casos hablaremos de sustituir el lenguaje oral usado generalmente por otro diferente (gráfico, icónico,...)

2.4.3. Obtención y verificación de resultados y conclusiones.

La obtención y verificación de resultados y conclusiones es lógicamente el fin último de toda investigación, de tal modo que permitan incrementar, replantear, corroborar, incluso cuestionar los conocimientos existentes hasta el momento sobre el problema objeto de estudio y que conferirán valor a nuestro trabajo por las

aportaciones más o menos novedosas que pueda realizar. Es importante que antes de formular nuestras conclusiones nos aseguremos de que son realmente válidas; nuestras conclusiones serán más válidas cuanto en mayor grado se correspondan con la realidad, es decir, cuanto mayor sea el grado de fidelidad de nuestras afirmaciones con la situación investigada.

En la investigación etnográfica, a diferencia de otro tipo de investigaciones, las conclusiones están plasmadas a lo largo del proceso y se generan mediante un proceso de aproximaciones sucesivas, evitando afirmaciones prematuras.

Las conclusiones reflejan la complejidad estructural de un caso concreto, de una realidad específica, de una situación, un grupo o ambiente particular. Al desarrollar esta fase, el etnógrafo se enfrenta a la decisión de generalizar los resultados. En la medida en que estén bien identificadas y descritas tanto la estrategia de investigación como las categorías de análisis y las características del fenómeno o grupo estudiado, las comparaciones y las transferencias a otros casos y grupos serán más fiables.

En el marco de la presente investigación el proceso de análisis de datos estuvo orientado por lo que Buendía, Colás y Hernández (2000), han considerado “cuestiones comunes” a los distintos enfoques de este proceso. Así, se considera que el proceso de análisis de datos realizado, se caracterizó por:

- a) La presencia permanente del proceso analítico a lo largo de toda la investigación; fue concurrente de alguna manera a las distintas fases del estudio.
- b) La segmentación de los datos obtenidos de las distintas fuentes en “unidades relevantes y significativas”, atendiendo siempre a los objetivos globales de la investigación e incorporando a su vez recursos reflexivos, interpretativos y teóricos sobre los datos

- c) El surgimiento de un sistema organizado de categorías, que inductivamente fue afinándose en la medida en que se profundizaba en el proceso de análisis
- d) La contrastación permanente de los hallazgos con las nuevas evidencias encontradas a objeto de "...Discernir similitudes conceptuales, reafirmar el poder discriminatorio de las categorías y descubrir patrones". (Buendía, Colás y Hernández, 2000:151)
- e) La consideración de un hecho, suceso o significado por más de una vía o camino; por ello, se establecieron varias fuentes de datos para facilitar la contrastación aludida en el punto anterior
- f) La intencionalidad de "generar y desarrollar una teoría desde los datos"; es decir, tomando como referente principal la perspectiva de los propios informantes, no la del investigador.

Goetz y LeCompte (1988) recogen una serie de técnicas y tareas comúnmente utilizadas por los etnógrafos que contribuirán a facilitarnos el proceso de análisis, cuya relación queda reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 16: Técnicas y tareas para el análisis de datos.

TÉCNICAS CONCEPTUALES	TAREAS
Teorización	Percepción. Comparación, contrastación, agregación y ordenación. Establecimiento de vínculos y relaciones. Especulación.
Estrategias de selección Secuencial	Selección de casos negativos. Selección de casos discrepantes. Muestreo teórico. Selección de las implicaciones de la teoría.
Procedimientos analíticos Generales	Inducción analítica. Comparaciones constantes. Análisis tipológico. Enumeración. Protocolos observacionales estandarizados.

2.4.4. Categorías.

Una buena categorización debe expresar con diferentes categorías y precisar, con propiedades adecuadas, lo más valioso y rico del contenido de registros.

El sistema de categorización cumple con las características de las categorías propuestas por Rodríguez, Gil y García (1996), a saber: exhaustividad, cubre todas las unidades diferenciadas de los datos; exclusión mutua, cada unidad se incluye en una sola categoría; único principio clasificatorio, las categorías están ordenadas desde un único criterio de ordenación y clasificación; objetividad, las categorías son inteligibles para cada uno de los codificadores; pertinencia, las categorías son relevantes respecto de los objetivos del estudio.

A la hora de categorizar los datos hemos seguido un proceso que podemos denominar mixto, pues se han establecido algunas de ellas con anterioridad a la fase de recogida, ya que considerábamos que eran de especial relevancia dentro del ámbito de la investigación, otras, sin embargo, han aparecido una vez se han obtenido los datos al realizar las correspondientes tareas de comparación, clasificación y ordenación, sin que estuvieran previstas de antemano. En este mismo sentido a la hora de establecer las categorías se manifiestan Goetz y LeCompte. (1988)

Los datos que se han incluido en cada una de ellas responden a unas características comunes que les confieren cierta unidad, diferenciándolos, por otra parte, de los incluidos en otras distintas, si bien, en un análisis más global, se pueden apreciar ciertas relaciones atendiendo a otros criterios que hacen que hayamos podido establecer otras categorías inclusivas o metacategorías.

A la hora de establecer previamente las categorías lo hemos hecho teniendo en cuenta en primer lugar las características de un aula hospitalaria (AHUNES), dada la peculiaridad que entraña la misma, con sus características, sus recursos, sus horarios y su dinámica de trabajo.

La segunda categoría (ACTIVES) hace referencia a las actividades de continuidad del currículum escolar, así como a las actividades lúdico-recreativas y a las estrategias pedagógicas llevadas a cabo en el aula.

La categoría que se ocupa del alumno atendido en las aulas hospitalarias (ALUAH) refleja la complejidad del objeto central de las actuaciones educativas llevadas a cabo en el contexto hospitalario.

Las categorías siguientes contemplan otros ámbitos también relacionados con el aula hospitalaria, con la Pedagogía hospitalaria.

Así la cuarta categoría está referida al profesor de aula hospitalaria, su perfil, sus funciones y formación (PROAH) , para continuar con la categoría (RELAC) que abarca esos espacios de relación del aula hospitalaria, internos y externos, que son fundamentales por la repercusión que tienen en el desarrollo del proceso educativo, como son el contexto familiar, el entramado con el programa de atención domiciliaria, necesidad de colaborar y coordinarse tanto con el centro de origen, otras aulas hospitalarias, de Psiquiatría Infanto-juvenil y centros, Administración Educativa y Sanitaria.

Para terminar, lo haremos indicando una dimensión que nos parece imprescindible, la comunicación de experiencias y logros (EXPERO).

A cada categoría le hemos asignado un código con el fin de facilitar su identificación y dentro de ellas incluimos algunas subcategorías que vienen a representar aspectos más limitados entre los que se establecen elementos más concretos.

Vamos a reflejar en una tabla los indicadores que recogen los datos relacionados con la categoría correspondiente.

Tabla 17: Categorías de la investigación.

CÓDIGO	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	INDICADORES
AHUNES	El aula hospitalaria como unidad escolar. Características.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento del A.H.⁷ 2. Dinámica de trabajo. 3. Los recursos. 4. El ambiente del A.H. 5. Su imagen. 	<ul style="list-style-type: none"> • La ubicación y características del A.H. • El contexto del A.H. • Acogida, rutinas y horario. • La vida del aula como aula inclusiva. • Los recursos del A.H. • Aspectos ambientales (ambiente del A.H.) • Hacerse un sitio. • Así lo ven los alumnos.
ACTIVES	Actividades educativas y lúdico-recreativas en el aula hospitalaria. Estrategias pedagógicas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Programación. 2. Objetivos. 3. Metodología diferente. 4. Las actividades. 5. Los tiempos. 6. El juego. 7. Las TICs. 8. Otros recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que hacer un Plan. • Necesidad de intercalar actividades y talleres. • Las evaluaciones • Aunar estancias con características del alumno y Actividades del centro de referencia con las del aula hospitalaria. • Metodología. • La importancia del ocio, relax y juego. • Las TICs. • Expresión plástica, dramática y musical. • La animación a la lectura • El A. H. como espacio agradable, seguro anímicamente y creativo.
ALUAH	El alumno atendido en el aula hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El alumno de A.H. 2. Relación entre iguales. 3. Temas en la dinámica de la actuación escolar. 4. El apoyo de los profesores y de otros profesionales. 5. La inteligencia emocional. 6. Los valores en el A.H. 	<ul style="list-style-type: none"> • La complejidad del alumnado. • El apoyo y ayuda entre Compañeros (empatía, mediación). • Temas y vivencias vertebradoras de la dinámica del proceso de desarrollo del escolar. • Apoyo de tutores, personal médico, Trabajador Social. • La importancia de las emociones en el aprendizaje en el A.H. • Educación en valores. <p>.../...</p>

⁷ *Aula Hospitalaria.

PROAH	El profesor de aula hospitalaria. Perfil, funciones, formación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil del docente de A.H.* 2. Funciones. 3. Su Planificación y programación. 4. Sus competencias y formación. 5. Su organización del A.H. 	<ul style="list-style-type: none"> • El perfil del profesor de A.H. • Funciones del profesor de A.H. • Las clases. • Competencias y formación del profesor de A.H. • El profesor y el modelo de organización de A.H.
RELAC	Relaciones del profesor de aula hospitalaria con el alumno, familia y con el ámbito pedagógico y sanitario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relación con alumnos y familias. 2. Nivel de colaboración y coordinación con los ámbitos pedagógicos y sanitarios. 3. Participación. 4. Protocolo de actuación. 5. Seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación del profesor de A.H. con el alumno y la familia. • Relaciones del profesor de A.H. con el ámbito pedagógico. • Relaciones del profesor de A.H. con el ámbito sanitario.
EXPERO	Experiencias y Comunicaciones de las aulas hospitalarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. A nivel individual, de A.H. por provincia. 2. A nivel de Comunidad Autónoma. 3. A nivel nacional e Internacional. 4. A nivel de prensa. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aula escolar en opinión de alumnos, familia, personal sanitario. • Atractiva experiencia en medios de comunicación. • Seminarios y Cursos. • Jornadas y Congresos.

2.5. Algunas valoraciones:

Si tenemos en cuenta la metodología seguida en este trabajo y el enmarque concreto de la investigación: unas determinadas actuaciones educativas en ámbitos hospitalarios en un periodo de tiempo amplio, con las características contextuales reflejadas, estamos pretendiendo, en la medida que nos ha sido posible, que nuestras aportaciones respondan a unos mínimos estándares de calidad y rigor para lo cual hemos puesto en funcionamiento, de entre todas las medidas de control que teníamos a nuestra disposición, aquellas que hemos considerado más oportunas, teniendo en cuenta tanto la pertinencia como las posibilidades reales

en función de las características de nuestro trabajo. Para ello nos hemos guiado por Lincoln y Guba (1985), que por la adaptación que proponen Goetz y LeCompte (1988) de los mismos criterios que se utilizan en las investigaciones de tipo cuantitativo, destacamos los siguientes:

Credibilidad, es decir, asegurarnos de que los resultados a los que hemos llegado se corresponden con la percepción que tienen los sujetos que integran la realidad que hemos investigado.

Presencia prolongada. Hemos permanecido en el ámbito del estudio, de manera continuada durante varios cursos consecutivos.

Observación persistente. Esta presencia prolongada nos ha permitido captar muchos detalles y datos en las más diversas situaciones.

Control de miembros. Hemos comprobado con los participantes la veracidad de nuestras informaciones.

Triangulación. Hemos obtenido los datos de diversas fuentes (profesores, familias, alumnos...) y a través de procedimientos e instrumentos diversos (observación, entrevistas, historias de vida...)

Transferibilidad, con lo que pretendemos que nuestros resultados se puedan aplicar a otros contextos similares al nuestro, cuyo grado será mayor, en tanto en cuanto, presenten mayores similitudes con la situación estudiada.

Muestreo deliberado y podemos decir concreto en parte, pues hemos elegido las actuaciones que se ajustaban a los requisitos establecidos de antemano.

Abundantes datos descriptivos. Se han extraído gran cantidad de datos tanto por la abundancia de fuentes y situaciones como por el tiempo durante el que se han obtenido.

Descripción espesa, que nos va a permitir ver en qué medida nuestras conclusiones se corresponden con las obtenidas en otros contextos.

Dependencia. Con ella pretendemos confirmar que nuestros datos no están en función de un momento concreto, sino que se podría llegar a los mismos, en caso de realizar otro, pues los factores intervinientes aparecen con claridad.

Pistas de revisión, porque se han ido plasmando de manera constante todos los procesos seguidos en la realización del trabajo.

Revisión por examinador externo. Se ha sometido nuestro trabajo a auditoría de consistencia, por personas con preparación y autoridad en este campo de investigación.

Confirmabilidad. Con ella pretendemos confirmar que nuestros datos no están en función de nuestras ideas y concepciones previas sobre los aspectos investigados.

Para superar este criterio hemos utilizado como técnicas la *triangulación* y la *revisión por agentes externos*, como ya hemos comentado anteriormente.

3ª PARTE.

INFORME DE LA INVESTIGACIÓN.

CAPÍTULO IV

INFORME DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV. INFORME DE LOS RESULTADOS.

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo presentamos los datos que hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra investigación. Como es lógico, no podemos reflejar toda la cantidad de información recibida y recogida a lo largo de todos estos cursos en las actuaciones educativas en aulas hospitalarias de nuestra Comunidad autónoma. Hemos pretendido lógicamente, con la metodología aplicada, poder ofrecer los datos más relevantes y a la vez procurar presentarlos de la manera más clara e inteligible posible, con la finalidad de transmitir una imagen más fiel de la realidad que ocupa nuestra investigación.

Pensamos que podemos contribuir a esto último, agrupando los datos de acuerdo con el orden seguido al establecer las categorías, aunque resulte a veces difícil separar algunos factores en las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias.

Como la realización del Informe no tiene un proceso lineal y único, sino que sigue un proceso de “retroalimentación” constante, nos ha obligado a una continua reelaboración de los nuevos datos, a medida que iban apareciendo.

Muchos datos que se reflejan, se acompañan de material relacionado en los Anexos por considerar que se amplían y enriquecen.

Es lógico y como puede suponerse, esta parte del trabajo ha sido la más laboriosa de toda la investigación y de ella hemos obtenido los datos y aportaciones necesarios para la posterior elaboración de las conclusiones, sugerencias y propuestas.

Esperamos y deseamos haber sido capaces de conseguir reflejar, de la manera más fiel posible, lo que pretendíamos y que se recoge en el título de nuestro trabajo: las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias en Castilla y León: 1985-2010.

1. EL AULA HOSPITALARIA COMO UNIDAD ESCOLAR.

1.1. La ubicación y características del aula hospitalaria.

Las aulas hospitalarias en nuestra Comunidad de Castilla y León, dependientes de Educación y que son objeto del presente trabajo se encuentran ubicadas en los centros hospitalarios de las ciudades de Ávila, Burgos, León, Salamanca, Segovia y Valladolid (dos) y todas están situadas en los Servicios de Pediatría, con el objeto de dar respuesta educativa al niño y adolescente, en los momentos de hospitalización.

Casi todos los centros hospitalarios referidos, inician su actividad sanitaria como tal en los años 80 del siglo pasado, aunque la mayoría de ellos lo hacen en edificios no de nueva construcción sino en edificios que son resultado de transformaciones de otros anteriores.

El espacio específico reservado para el desarrollo de la actividad escolar, en la actualidad se ha mejorado en todos los centros hospitalarios, pudiendo situarse la superficie media de las aulas en 30 m². (Anexos 2a y 7d).

Para presentar una reseña de la ubicación y características, de las aulas hospitalarias, al igual que se ha hecho con las instituciones sanitarias objeto de nuestro estudio, ha parecido conveniente y representativo, plasmar los datos ofrecidos desde las propias aulas hospitalarias en el n^o 1 de las Revistas de aulas hospitalarias de Castilla y León, (Anexo 2 a) publicado por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León en el año 2004 (en

<http://www.jcyl.es>) y ampliar dicha información con los datos obtenidos en entrevistas posteriores con los profesores; de tal modo, que dichas actuaciones permiten constatar los cambios que se han ido introduciendo y el afán permanente que ha existido a lo largo de todos estos años por mejorar las características y condiciones tanto de las instituciones sanitarias como de las aulas hospitalarias.

Así se puede citar:

☞ *Hospital Clínico Universitario de Valladolid,*

El aula escolar del Hospital Clínico Universitario, inició su andadura en el curso 1985/86; ocupa un espacio claro, alegre, bien comunicado y decorado al gusto infantil y juvenil. Situada en la 8ª planta dentro del servicio de Pediatría.

Al crearse el aula hospitalaria y no existir sala libre en la planta de Pediatría para su ubicación, se le asignó el espacio destinado a comedor y sala de estar de los escolares. En todos estos años dicha sala ha sufrido ciertas modificaciones para intentar mejorar sus características, de tal modo que se favoreciera el proceso de enseñanza-aprendizaje que se pretende llevar a cabo con los escolares hospitalizados.

En la actualidad el espacio total se encuentra dividido en dos partes por una puerta o mampara decorada que permite utilizar una parte (exclusiva de aula) o la totalidad del espacio, en función de las necesidades escolares de cada día. Fuera del horario escolar, la parte externa del recinto, que debe permanecer abierto por contar con una salida de emergencia, cumple funciones de sala de estar y visitas.

Para celebraciones y representaciones se cuenta con pasillos y sala de espera. En actos concretos se utiliza la Sala Bañuelos u otras salas, pero al encontrarse ubicadas en la planta baja supone cierta dificultad su uso por la problemática que implica el desplazamiento de los escolares hospitalizados con aparatajes.

El aula hospitalaria pretende dar la respuesta educativa adecuada que los niños y jóvenes adolescentes precisan en esos momentos de hospitalización permitiendo la continuidad escolar y las relaciones con compañeros y amigos. Cuenta con equipamiento adecuado a sus funciones, dotación de Nuevas tecnologías, wiffi, etc.

El horario está fijado de acuerdo con el calendario escolar establecido y teniendo en cuenta las necesidades propias del centro hospitalario. La media de niños en el aula es de 8 a 10, de los cuales el 85% pertenecen a zona urbana y el 15% a zonas rurales. Un 4% de los niños vienen de otras provincias.

Los alumnos que acuden a esta aula tienen edades comprendidas entre 3 y 16 años, son grupos heterogéneos: distintas edades, centros, dolencias, etc.

Se dispone de una buena dotación de recursos y una Biblioteca de aula.

☞ *Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid,*

El aula escolar ha estado ubicada en la planta de Pediatría (7ª planta) ala derecha, donde acuden los niños que por diversos motivos permanecen ingresados en él. A dicha aula, que cumplía también función de comedor y sala de estar antes de instalarse el aula escolar, asisten todos los niños ingresados, ya sea por su propio pie o en cama, siempre que su pediatra lo aconseje. En caso de permanecer en aislamiento son atendidos en su propia habitación. Desde su creación se fueron introduciendo modificaciones estructurales (incorporar lavabo, puertas separadoras de espacio clase-sala,..). En el curso 2004-05 la Fundación La Caixa implantó el ciberaula con la dotación tanto de medios informáticos como audiovisuales.

Actualmente en el nuevo hospital el aula hospitalaria está ubicada en la planta baja, en el Servicio de Pediatría. Junto al aula se encuentra un despacho y una sala anexa; la decoración ha sido

realizada por la Fundación Curarte, responsable de un estudio referido a la influencia del arte en los Hospitales.

Las actividades del aula son de varios tipos: educativas, adaptando su currículo ordinario, lúdicas, formativas, favoreciendo la socialización con los nuevos compañeros; actividades complementarias, dedicadas a la salud o a intereses diversos que los afirmen como grupo. Sin duda el aspecto más relevante del funcionamiento de un aula hospitalaria son las múltiples coordinaciones que se deben realizar.

☞ *Hospital General Yagüe de Burgos,*

El aula escolar hospitalaria (El cole del pijama) está situada en el ala izquierda de la 7ª planta, en el Servicio de Pediatría, Cirugía Infantil y UCI. Inició su andadura en el año 1988.

Tres son las áreas de actuación con el alumnado hospitalizado: refuerzo y desarrollo de las técnicas instrumentales básicas, atención y desarrollo de la situación emotiva y compensación de su aislamiento afectivo-social.

El espacio del aula, de unos 25-30 metros cuadrados, es amplio, alegre, bien ventilado y luminoso, pero se precisaría más espacio para configurar las diferentes zonas.

El horario escolar es de mañana y se dispone de un Salón de actos para actividades puntuales con los alumnos.

El niño/a enfermo va con agrado, de este modo no permanece inactivo durante su ingreso y ocupa su tiempo libre.

☞ *Hospital Clínico Universitario de Salamanca,*

El aula hospitalaria comienza a funcionar a finales del año 1997, después de superar algunas dificultades. Se encuentra ubicada en la 3ª planta del Hospital Universitario, en Pediatría. Cuenta con un espacio considerablemente pequeño (con funciones de almacén

anteriormente) pero muy alegre y luminoso. Está dotado de mucho material; cuenta con medios informáticos, internet, equipo de vídeo-conferencia, televisión y vídeo.

Desde el aula hospitalaria se atiende a los niños y niñas entre 3 y 14 años tanto en sus habitaciones como en el aula. También asisten al aula los niños de Hospital de Día, que son todos aquellos niños que acuden al hospital a revisión médica o a recibir algún tipo de tratamiento y deben permanecer gran parte del día en el hospital.

Reciben atención directa también todos aquellos niños que por su enfermedad permanecen aislados en sus habitaciones y aquellos niños que perteneciendo a la planta de Pediatría se encuentran en otra planta para hacerse un trasplante de médula. Estos niños son de atención preferente porque serán los niños que más tiempo estén sin acudir a sus colegios.

La jornada escolar es de mañana.

El aula está bien dotada de material y también se cuenta con un espacio de sala de estar, la Biblioteca de médicos y el Salón de actos, para ser utilizados en ocasiones puntuales.

☞ *Hospital General de Segovia,*

El aula escolar se encuentra ubicada en la tercera planta del Hospital General, Pediatría. Fue creada en 1997. La atención escolar en el aula comienza a las 10 de la mañana y se prolonga hasta la hora de la comida reanudándose después de la misma hasta finalizar a las 3 de la tarde.

De 9 a 10 de la mañana se destina a contacto con tutores, relación con el personal sanitario, preparación de actividades, relación con los padres, etc.

Por la mañana el trabajo es individual, centrado en matemáticas y lenguaje, así como trabajos de investigación tanto para la tarea elaborada en el aula como búsqueda de información

sobre su enfermedad. Tras la comida el trabajo es de carácter lúdico o experimental.

Los escolares ingresados tienen atención individual, pero se les incluye en las actividades de grupo siempre que sea posible, para evitar su aislamiento.

Cuenta el aula con un espacio de unos 20 metros cuadrados, con buena iluminación y ventilación. Organizada por rincones y bien dotada de todo tipo de recursos.

Hay, además del aula hospitalaria, una sala de espera que se puede usar como zona de juegos, reparto de libros, carro de juguetes, etc.

☞ *Hospital Nuestra Sra. de Sonsoles de Ávila,*

El aula del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles está situada en la zona central de la 4ª planta (Pediatria). Comenzó su andadura el Curso 1997-98. Dispone de una habitación de unos cuarenta metros cuadrados donde el profesor atiende a los niños hospitalizados.

El espacio es adecuado para el número de alumnos que habitualmente acuden a ella, según indica el profesor.

El horario es continuo, sólo de mañana. Se cuenta con una buena dotación de recursos y además se dispone de una sala de juegos para poder desarrollar otras actividades con los escolares.

Los alumnos suelen estar muy pocos días hospitalizados; normalmente entre uno y cuatro, es una hospitalización corta.

Las actividades que se desarrollan pueden agruparse en tres apartados: de tipo curricular dirigidas a la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, lúdicas para reforzar el desarrollo de la personalidad y otras dirigidas a mejorar la situación personal, psicoafectiva y social del niño.

☞ *Hospital Princesa Sofía de León,*

El aula escolar comenzó a funcionar en el año 1998. Está ubicada en la planta de Pediatría; el espacio que ocupó en un principio era un antiguo guardarropa de dimensiones muy reducidas, entre 9 y 10 metros cuadrados y carente de luz natural; no obstante este enclave fue provisional, disponiendo actualmente de uno bien dotado.

En el Hospital Materno-Infantil existía también un espacio dedicado a actividades educativas compuesto por un aula de unos 50 metros cuadrados (con baño y despacho incorporados) muy bien orientada y con grandes ventanales, asimismo se contaba con una sala de unos 30 metros cuadrados destinada a juegos infantiles. Espacios que se aprovecharon para la nueva aula.

Al aula acuden niños de edades comprendidas entre los 3 y los 14 años. La mayoría de ellos están hospitalizados por procesos agudos, con una estancia media de unos 4 días. Los alumnos que acuden al aula son, mayoritariamente, de corta hospitalización.

Después de estas apreciaciones podemos sintetizar:

Las aulas escolares enclavadas en los hospitales que nos ocupan se crearon entre los años 80 y 90. Así se puede comprobar que en Valladolid, el aula escolar del Hospital Clínico Universitario comenzó la andadura en 1985, creándose dos años más tarde, en 1987 otro aula escolar en el Hospital Río Hortega y es en el año 1988, cuando en Burgos se abre la Unidad escolar del Hospital G. Yagüe; siendo en el año 1997, cuando se inicia la actividad escolar en las aulas de los Hospitales Clínico Universitario de Salamanca, Hospital General de Segovia y Ntra. Sra. de Sonsoles de Ávila y en el año 1998, comienza a funcionar también el aula escolar en otro hospital de la Comunidad: en el Hospital Princesa Sofía de León.

Casi la totalidad de estos hospitales, en los años 80, están integrados en la red de Seguridad Social y a partir del año 2002, se

producen las transferencias a la Junta de Castilla y León de las competencias en la gestión de estas instituciones sanitarias.

Se comprueba, en lo que respecta a estas instituciones sanitarias, que cada una de ellas tiene unas peculiaridades y la organización de los Servicios no es igual, pero se puede afirmar que en general presentan unos criterios de planificación semejantes, tendentes a cubrir las necesidades sanitarias de la población de la capital y la provincia en la que se ubican principalmente. Son constantes las reformas emprendidas en los hospitales, a lo largo de estos veinticinco últimos años y las que aún ahora se siguen llevando a cabo o están en proyecto para procurar mejorar la atención sanitaria pública a una población en constante crecimiento (mayor esperanza de vida y aumento de población emigrante).

Todos los hospitales ubican sus aulas en las plantas de Pediatría, por las ventajas que ello conlleva, como son: facilitar los desplazamientos de los alumnos-pacientes, la mayoría de las veces con gotero y otros aparatajes diversos, mochilas etc., proximidad del personal sanitario al aula que permite compaginar cuando es preciso, exploraciones y actuaciones sanitarias con actividades escolares, incluso en el propio recinto del aula escolar ; favorecer también con esta cercanía la comunicación con la familia, médico, personal sanitario, etc.

El aula hospitalaria (no puede ser de otra manera, recalcan los profesionales responsables de las mismas) constituye un espacio abierto y flexible, un espacio neutral y alegre; es un nexo con su vida cotidiana (relaciones con iguales y trabajos escolares); es una salida a la tensión que produce la hospitalización, tanto en el escolar como en los padres; es un ámbito atento únicamente a las necesidades del niño hospitalizado, donde éste pueda acudir libremente, con la posibilidad de que siempre que lo requiera su asistencia médica y sanitaria pueda ausentarse, para más tarde volver de nuevo a reincorporarse a sus tareas escolares.

“...Es preciosa esta clase, yo me quedo aquí; no quiero volver a mi habitación porque aquí estoy a gusto con las cosas que hay”... Dice Luis, de 6 años, a su padre.

Todas las aulas hospitalarias en la actualidad tienen horario continuo de mañana, coincidiendo la hora de la comida con el descanso.

“...Cuando estoy en algún hospital, en “estos coles” es donde me lo paso mejor y me divierto”..., afirma Iván a su amigo Álvaro, mientras le cuenta que él ha pasado por varios hospitales para hacerle diferentes pruebas.

La dotación de recursos en las aulas hospitalarias es buena, disponiendo del material preciso cada curso. Las TICs ocupan un lugar destacado como herramienta importante en el trabajo del aula hospitalaria.

“...Mira Irene, pasa sin miedo que aquí hay de todo, hasta fichas y ordenadores...” le dice Julia a Irene, mientras le anima a acudir al aula.

Los espacios que ocupan las aulas hospitalarias tienen una superficie que ronda los 30 metros cuadrados, con decoración alegre y permiten la celebración de actividades complementarias al currículo escolar.

“¡Qué bonito es ver la clase adornada con los trabajos que hacemos en los talleres, te dan ganas de hacer más cosas!....comenta Israel a Nicole, ambos de 8 años.

“... ¡Mira María, en esta clase además de hacer las tareas y deberes, abriendo las puertas y colocando las sillas en fila, hacemos teatro y participamos en sesiones de magia,...!” le dice Jorge de 10 años, a su compañera, mientras le enseña el aula escolar.

1.2. El contexto del aula hospitalaria.

La vida del aula y del centro educativo son escenarios vivos de relaciones donde se intercambian directa o indirectamente ideas, valores e intereses diferentes mediante los procesos de comunicación.

El aula hospitalaria, es un aula enmarcada en un contexto peculiar, el sanitario. Las tareas que se desempeñan en su interior no se inscriben en un contexto escolar formal, pero tienen evidentes connotaciones de verdadera labor psicopedagógica.

El contexto hospitalario en que se imparte cualquier aprendizaje y por tanto, en el que se ejerce la función educativa, no es algo trivial.

En toda tarea pedagógica desarrollada en el aula y en las habitaciones de los niños, el contexto hospitalario es clave, porque todas las actuaciones y actividades escolares giran y se articulan de forma irremediable, en torno a él.

En principio (todos los responsables de las aulas así lo manifiestan) el contexto y el ambiente hospitalario no es el más propicio para proporcionar una buena educación al niño, por transcurrir en unas circunstancias que no favorecen el mejor desarrollo de la personalidad, ni la formación de los hábitos más convenientes para la persona. Tal ambiente puede propiciar, en efecto: actitudes de pasividad, de huida de esfuerzo, de egocentrismo; la experiencia dolorosa que vive, puede resultar frustrante, potenciar sentimientos de inferioridad, de dependencia, de desorientación... Pero con paciencia y en colaboración con la familia y el resto de personal sanitario que está en contacto con el escolar hospitalizado se consigue superar las reticencias iniciales.

Jaime, después de varios días hospitalizado, dice a la enfermera: *"...por favor, ponme enseguida la medicación, para que me pase pronto y*

cuando llegue la profe ya pueda ir al colegio rápidamente sin la “antena” (gotero) y así puedo hacer los trabajos mejor”

La educación que a través de la Pedagogía hospitalaria se imparte, no se puede identificar con la mera instrucción. Por supuesto que se ocupa de los contenidos, pero va más allá, porque en un contexto hospitalario ni siquiera los contenidos son lo más importante, puesto que todo está matizado por la dolencia y el ámbito hospitalario. Debe adaptarse a los cambios constantes, incorporar el uso de las TIC, enseñar a aprender estrategias de adaptación y adquisición de conocimientos de otro modo. (Anexos 4 y 6f).

La Pedagogía hospitalaria, se desglosa en el aula escolar en Pedagogía Compensadora, del Presente, Actual, Vital, Imaginativa, Psicológica, Alternativa, Inclusiva, Orientadora y Social.

El escolar hospitalizado puede ser atendido, incluso, en su habitación en aquellos casos en que por alguna razón no pueda ser trasladado al aula. En tal sentido, el contenido de las actividades pedagógicas que se proponen tiene un carácter formativo, recreativo, lúdico, artístico basado en la terapia con sentido educativo: aquella que proporciona crecimiento de la persona por el hecho de realizar actividades creadoras en sí (Alonso, y otros, 2006).

“ ...Ahora, cuando acabemos de hacer este mural del agua que nos está quedando tan “guay”, la profe se lo va a enseñar a Raúl, que está en su habitación y no puede venir hoy al cole;... pero puede pegar el trabajo que él está haciendo, que son las partes del río...” dice Ismael, “... Y así lo completamos, entre todos”.

El aula escolar se convierte en centro de referencia de la actividad sanitaria en la planta de Pediatría; se comprueba cómo el personal sanitario desde las primeras prácticas médicas rutinarias a los escolares hospitalizados utilizan el recurso de *“darse prisa para desayunar, ingerir la medicación, realizar el análisis, ducharse, etc. y así estar preparados para acudir al cole sin demora”*.

Los padres se preocupan de tener la mochila del alumno preparada y el material necesario dispuesto para que el escolar acuda al aula y es habitual escuchar la cascada de preguntas que reciben los alumnos en cuanto salen de clase, tanto por parte de familiares como de personal médico: *“¿qué habéis hecho en el cole?, ¿qué habéis trabajado hoy?, ¿a que lo habéis pasado muy bien?...”*.

Por tanto se puede decir que el contexto del aula hospitalaria, inserta en un medio sanitario, intenta y logra generalmente, mantener todas las connotaciones de cualquier contexto de aula en un centro educativo, hasta ver normalizada la imagen “del escolar con mochila y gotero”.

Se pretende hacer compatibles la diversidad de tareas, intentando acoplar los horarios, las prácticas médicas con la dinámica del aula escolar, la comunicación con los padres, las visitas, el apoyo de Fundaciones. Todas las actividades se procuran que estén encaminadas a lograr un contexto positivo para no interrumpir el crecimiento del escolar hospitalizado en todos los aspectos.

Y este contexto es agradable, acogedor, atractivo cuando respira creaciones y actividades escolares que ofrecen la posibilidad de continuar una estancia escolar sin rupturas durante el proceso de hospitalización; mostrando un escolar feliz al lograr superar las connotaciones desagradables que van asociadas al lugar.

“Vaya fiestón que preparamos para Navidad, con teatro y merienda después... ¡es guay!”, dice Nerea de 11 años a Paola de 12. (Anexos 4 a y 5).

1.3. Acogida, rutinas y horarios.

Los alumnos que acuden al aula hospitalaria, podemos decir que son grupos heterogéneos en un amplio sentido:

- Distintas edades, desde los 3 a 16 años.
- Distintos ritmos de aprendizaje.
- Distintos centros de procedencia.
- Distintos ambientes culturales y familiares.
- Distintos tipos de dolencia.

Todos estos aspectos tienen una impronta especial que va a marcar la actitud del escolar en el aula y que a su vez va a incidir en el grupo como suma de todas esas diferencias.

Por otro lado existen unas variables que suelen ser comunes en todas ellas, entre las que destacamos:

Intrínsecas:

- La edad y desarrollo psicosocial.
- La gravedad de la enfermedad o los requerimientos que esta supone.
- Personalidad del niño.
- Las experiencias previas.
- Conocimiento que tiene sobre su dolencia.

Extrínsecas:

- Tiempo de permanencia.
- Cambios en la dinámica familiar.
- Dificultades de la propia enfermedad.
- Información adecuada.

El profesor de aula hospitalaria debe hacer frente a diversas situaciones familiares y a respuestas diferentes de los escolares hospitalizados ante la perspectiva de poder acudir al aula. La gran

mayoría de las veces la propuesta de continuidad escolar es bien acogida, pero a veces existen dudas, temores y se precisa recurrir a diferentes técnicas que hagan atractiva la oferta, así podemos hablar de la eficacia de acudir a lo que denominamos la “pedagogía del rodeo”, es decir presentar actividades *a priori* más lúdicas que van a favorecer la actividad del niño, darle un sentido ameno para iniciar en la tarea propiamente escolar. El profesor debe concebir herramientas destinadas a provocar y a dinamizar la acción, la comunicación, a favorecer la expresión del niño. De esta manera podrá interesarse más tarde por la adquisición de nuevos conocimientos.

Así le dice la profesora a Juan, de 11 años, que encamado y sobreprotegido por el padre se hacía el remolón para acudir al aula:

Me han dicho que eres un gran pintor y justamente se nos ha estropeado el dibujo de la Biblioteca, ¿quieres venir al cole e intentar hacer tú uno? Además tenemos un material nuevo que es una gozada para pintar.

El chico salta de la cama y dice: - ¡Vale, ya voy ahora mismo!

La fijación de un horario escolar en el hospital requiere atender también a los tratamientos médicos y al estado psicofísico del niño. En los hospitales, como en la gran mayoría de los centros escolares, se generalizó la jornada continua, lo que permite una mayor atención al alumnado ingresado hasta recibir el alta.

Lo primero que se hace cada mañana en la planta es recabar la información sobre los alumnos ingresados nuevos y los que continúan de días anteriores, diferenciando el grupo de los que pueden acudir al aula y los que necesitan visita y atención en su habitación.

Una vez realizada la distribución, primero se organiza el grupo clase, mediante lo que llamamos el periodo de “habitación”, consistente en los saludos y presentaciones de los alumnos nuevos,

(mediante juegos verbales, actividades de observación sobre la nueva clase, el uniforme = pijama, “lo que me ocurre” “mi otro cole”, mi otra/o profe,...) para incorporarse al grupo e integrarlos a todos; rotas las barreras de los primeros momentos de timidez (de algunos), podemos pasar a la organización por niveles en principio, para poder trabajar en los talleres de forma individual y de acuerdo al estado y necesidades personales.

¡Hola, mirad!... Esta es Miriam, es mi compañera nueva, -dice Teresa, al entrar al aula,...es de 5º como yo y ya le he dicho que no se preocupe porque en este cole, además de los deberes de clase, hacemos cosas muy bonitas y se pasa muy pronto el tiempo”.

Es importante crear unos hábitos de orden y horarios en el escolar hospitalizado, pues las rutinas cotidianas ayudan a planificar las actuaciones y estimulan al chico a realizar sus cometidos, evitando que el tiempo “sin ocupación” y con demasiada permisividad en el hospital produzca aburrimiento y desánimo.

David de 1º de E.S.O. está absorto manejando la videoconsola, pero al ver aparecer a la profesora, mira de reojo el reloj y dice:

“De acuerdo mamá, un momento que cumplo lo prometido. Voy a cerrar rápidamente esto para ir al cole y a la tarde sigo con el juego”.

El aula hospitalaria tiene la condición de “aula abierta” por su característica de atención sanitaria y también está claro que en ella se potencia la participación de padres y personal médico cuando lo requieren las actividades programadas, pero es necesario contar con el respeto al horario del aula establecido para poder llevar a cabo un trabajo sosegado y eficaz con los alumnos, evitando interrupciones innecesarias. No ha sido tarea fácil, pero, cada vez más, se puede decir que la familia se ha concienciado y colabora con el engranaje establecido en la organización del aula hospitalaria; respeta horarios de visita y siente tranquilidad al poder dejar al alumno en ella, lo que ayuda a conciliar tiempo de ingreso del alumno con otras obligaciones laborales o familiares.

David llega al cole, acompañado de la enfermera que le ayuda a llevar el suero y dice:

“Aquí viene este chico, al cole un ratito, para que se tranquilice, hasta que le vengamos a buscar para ir a quirófano, ¿verdad?”

Y David responde:

“Pues sí, así haciendo las tareas me olvidaré de las ganas de comer y beber agua que tengo...”

El desarrollo de las actividades en un aula hospitalaria parte de una premisa: siempre que sea posible, se lleva a cabo el seguimiento del currículo establecido con carácter general en el nivel escolar correspondiente a cada niño hospitalizado, realizando en cada caso necesario las oportunas adaptaciones curriculares. Las fechas festivas y celebraciones puntuales (Navidad, Carnaval, la Constitución,...) tienen gran importancia en la actividad escolar. Ver Anexos 4 a y 6.

En la siguiente tabla se comprueba la distribución de tiempos en el aula hospitalaria.

Tabla 19: Distribución de tiempos en el A.H.

DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO EN EL AULA					
PERIODO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9-10 h.	- Preparación de trabajo y material. - Coordinación con el personal sanitario. - Coordinación con los servicios de educación. Aulas hospitalarias. - Atención a padres.			Reuniones. Visitas	
10-10:30 h.	HABITUACIÓN.				
10:30-12 h.	TALLERES (TRABAJO INDIVIDUAL).				
12-13 h.	Proyectos de trabajo. NUEVAS TECNOLOGÍAS.				
13-13:30 h.	Comida. Tiempo flexible con T. Sociales, Orientación y en función de la atención al alumno y familia según prescripción médica.				
13:30-15 h	EXPRESIÓN PLÁSTICA, DRAMÁTICA Y MUSICAL Prensa-Lectura	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	EXPRESIÓN PLÁSTICA, DRAMÁTICA Y MUSICAL Representaciones. Concursos.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	SÍNTESIS DE LA SEMANA.

JUEGOS

1.4. La vida del aula como aula inclusiva.

El aula hospitalaria viene apostando desde sus inicios por la inclusión educativa de los alumnos hospitalizados. Desde la conocida consigna inclusiva de dar la bienvenida y abrir la participación a todo el alumnado, podemos hacer evolucionar nuestras narrativas tradicionales sobre el alumnado y sobre la profesionalidad docente.

El proceso educativo debe estar centrado en el propio alumno. Sin olvidar, que junto a la importancia asignada a los conocimientos académicos debe prestarse también gran atención a otra dimensión del comportamiento del individuo que se manifiesta a través del modelo de calidad de vida.

El incremento de la participación familiar en la educación es una asignatura pendiente en algunos centros educativos, en el aula hospitalaria no. No cabe duda de que en todo proceso de inclusión educativa son elementos esenciales de éxito una buena planificación, un desarrollo continuo y una evaluación, interna y externa. Las

aportaciones de Verdugo, Wehmeyer y Turnbull y otros (2009), fijan la perspectiva multidimensional de calidad de vida, centrada en la autodeterminación de los alumnos y subrayan la colaboración activa de los familiares en el proceso educativo. La colaboración entre familia y profesionales es necesaria y proponen unos componentes para mejorarla: competencia profesional (proporcionando una educación de calidad que satisfaga las necesidades individuales, con altas expectativas y siguiendo prácticas basadas en la evidencia), comunicación fluida y sincera, respeto y dignidad en el trato por ambas partes, compromiso en compartir una visión inclusiva, igualdad de estatus entre ambas partes y confianza y fiabilidad en la relación establecida.

La educación inclusiva como un proceso de cambio educativo y social que requiere planificación y evaluación continuas es subrayado por Verdugo (2009), quien enfatiza la necesidad de una acción concertada de diferentes agentes sociales, lo cual exige involucrar cambios a distintos niveles del sistema: cambio en las prácticas educativas (microsistema), cambio en las organizaciones (mesosistema) y unas políticas educativas activas y continuas (macrosistema).

La conducta del niño sólo se explica en función del contexto y, a su vez, el desarrollo del niño resulta afectado por las experiencias contextuales (Pellegrini, 1991)

La enfermedad puede aumentar las experiencias personales y sociales del niño, de tal modo que contribuye, al igual que otra experiencia de la vida a su desarrollo. Las experiencias de enfermedad y hospitalización proporcionan al niño oportunidades que influyen en su desarrollo cognitivo y emocional.

La autora Bronfenbrenner (1979)⁸ al considerar la experiencia de la enfermedad y hospitalización desde una perspectiva ecológica del desarrollo, propone una conceptualización de contextos de desarrollo en términos de una jerarquía de sistemas también, así:

Microsistema, se refiere al conjunto de interrelaciones que existen dentro del entorno inmediato, considerando un entorno a aquel lugar donde las personas pueden interactuar cara a cara, como en la casa, el colegio, el hospital, etc.

Lo importante para el desarrollo de la conducta es cómo se percibe ese ambiente y no tanto cómo existe en la realidad objetiva, es decir el “significado” que tiene lo que sucede para el sujeto. Por ello en nuestras aulas es imprescindible conocer las interpretaciones que los niños tienen y realizan en los entornos en los que se ven incluidos, en nuestro caso en el entorno hospitalario (Palomo, 1990)

Mesosistema, se refiere a las interrelaciones que se establecen entre los entornos. En el caso en que la persona participa en dichas interrelaciones se dice mesosistema, mientras que se considera exosistema cuando el sujeto, sin participar realmente, puede recibir influencias. En el caso de un escolar que ingresa en el hospital, es una transición ecológica que se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez. (Bronfenbrenner, 1979)

⁸ Las bases sobre las que Bronfenbrenner escribió su teoría del desarrollo humano se encuentran en los trabajos de Freud, Lewin, G. H. Mead, Vigosky, Otto Rank, Piaget, Fisher... aunque fue su propia experiencia personal y profesional, tal como lo describe en su libro, lo que le llevó a considerar la importancia del contexto social y de la fenomenología frente a la investigación experimental y las pruebas psicométricas. Sus investigaciones interculturales le hicieron reflexionar sobre la capacidad del ser humano de adaptación, tolerancia y creación de ecologías en las que vive y se desarrolla.

La orientación ecológica en la intervención comunitaria tiene por objeto de trabajo la interacción de la persona y su ambiente.

El ir al hospital supone un cambio de rol y de entorno.

Macrosistema se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden que existen o pueden existir, a nivel de la cultura en su totalidad. Considerando el nivel de Macrosistema, en el contexto hospitalario del escolar, hay que tener en cuenta las características y los cambios en los sistemas de cuidado de la salud. En el nivel exosistema podemos, por ejemplo, citar el trabajo de los padres, que les impide estar todo el tiempo con sus hijos hospitalizados.

La educación inclusiva se caracteriza por: la educación de todos los niños en las aulas ordinarias; la unificación del sistema de educación general con el de educación especial; un currículo común para todos los alumnos que sea capaz de adaptarse a la diversidad de los mismos y una organización escolar adhocrática, basada en la colaboración de todos sus miembros, en la resolución de problemas conjuntamente y decisiones democráticas, en el desarrollo de estrategias innovadoras, en la provisión de apoyos a todo el sistema educativo en su conjunto y en la coordinación de todos los servicios (sanitarios, educativos, sociales etc.) (Grau, 1.998).

“Profe...hoy Lucía puede poner la fecha en la pizarra porque ya no tiene aparato y puede escribir, aunque la tengamos que ayudar un poco, ¡pero tenía tantas ganas de escribir...y no podía!.., que nos podemos saltar el orden... dice Laura de 11 años.

La educación inclusiva es un avance, una mejora y una superación de la integración escolar. De atender a las necesidades educativas especiales del niño, se ha pasado a respetar la diferencia, la excepcionalidad, como una característica –no la más significativa- de su manera de ser persona y a soslayar todos los prejuicios culturales, religiosos y profesionales que impiden acceder al conocimiento de la realidad única, original e insustituible de cada ser humano (Ortiz, 2001).

El aula escolar es el primer espacio de vida pública de los niños y adolescentes, es el lugar donde transcurre buena parte del tiempo diario del alumno, es el espacio donde se desarrollan las actividades fundamentales y constituye la unidad de pertenencia y referencia del alumno; con las adaptaciones necesarias, el aula hospitalaria intenta seguir desempeñando esas funciones fundamentales.

El aula educativa es un espacio con vida propia enmarcado en un contexto hospitalario. Es el espacio propicio para construir las nuevas relaciones sociales porque en él se conoce a los demás, se habla, se escucha, se dialoga, se sufre, se discute, se reflexiona, se enseña, se aprende, se juega, se permanece en silencio, se participa, se está aburrido, se razona, se memoriza, se repite, etc.

El aula hospitalaria en el ambiente sanitario, con un matizado especial, ofrece la continuidad de las conductas adquiridas por el escolar y de las “acciones pautadas” que regulan la convivencia cotidiana en la misma, evitando así la ruptura con sus rutinas y la posibilidad de seguir desarrollando tareas propias de su rol de escolar.

Sara y Andrea, son dos escolares de 6º de primaria que han compartido habitación en el Hospital y comparten también el gusto por la naturaleza, por los animales:

“...Por eso, cuando nos den el alta, dice Andrea, como yo vivo en un pueblo, he invitado a Sara a pasar un fin de semana en mi casa porque tengo dos perros preciosos y sus padres han dicho que le dejan ir, así es que lo vamos a pasar fenomenal, porque nos hemos hecho muy amigas...”

La función formadora, socializadora y terapéutica se manifiesta en las interrelaciones cotidianas, en las actividades habituales; también se hacen explícitas en las charlas espontáneas, en escenificaciones y diálogos planificados para reflexionar sobre hechos, fechas, fiestas, celebraciones.

Carmen acompañada de Bea llega al aula y dice a la profesora:

“La mamá de Bea ha tenido que subir a la planta décima porque está el abuelo hospitalizado también y además es su cumple, pero no pasa nada porque mi mamá estará cuidando de las dos y luego le vamos a felicitar y le vamos a dar una sorpresa”.

En la dinámica de este aula, como en la vida, se insertan los hechos educativos, con los familiares, los sociales, los emotivos, los grupales y los personales, sin barreras, pues la realidad del aula es un todo, de la que son partícipes junto a los escolares cuantas personas conviven y están implicadas en la tarea de atender al alumnado hospitalizado.

“Pienso que todas las escuelas deberían ser como ésta, donde no siempre estamos obligados a trabajar lo mismo”... (Carmen. 10 años)

1.5. Recursos del aula hospitalaria.

Los recursos del aula hospitalaria, son los medios (materiales, humanos y organizativos) que el profesor utiliza para planificar y desarrollar las actividades de enseñanza y aprendizaje.

Los recursos son como las herramientas, los instrumentos o espacios que se utilizan en el proceso de enseñanza para lograr que el alumno se desarrolle personalmente. Son un elemento curricular más, que condicionan y se ven condicionados por el ámbito escolar donde se inserten.

Los materiales didácticos son más específicamente los productos elaborados, como fichas, tarjetas, barajas, blogs, etc., bien por casas comerciales o por el propio docente o alumnos, con fines escolares y de gran utilidad en las aulas hospitalarias.

Los recursos educativos son los medios polivalentes, de diferentes usos y que pueden aplicarse a distintos alumnos y niveles diferentes.

Los materiales impresos y los recursos instrumentales (instrumentos para dibujo, grabado,...) y recursos audiovisuales (video, cámara,...) están presentes en las aulas hospitalarias y sirven de gran apoyo en el trabajo de clase.

Las aulas hospitalarias debido al entorno en que se enmarcan proporcionan materiales variados y materiales de desecho (radiografías, jeringuillas, tubos, algodón, depresores, etc.) que a la vez que familiarizan al alumno con su uso, permiten realizar trabajos del aula.

El uso de otras habitaciones o espacios en el hospital y la participación de personas familiares o próximas al entorno escolar son también recursos que facilitan los aprendizajes.

Es necesario seleccionar en cada situación y momento los recursos que se van a utilizar para generar los procesos de aprendizaje o los que son más adecuados para realizar las actividades que se llevan a cabo. La gran variabilidad del alumnado hospitalizado exige respuestas educativas heterogéneas diversas, que a veces hacen necesario disponer de materiales específicos o adaptados (atrilas, materiales de sujeción, ganchos, etc.)

Cuentan las aulas hospitalarias con una gran variedad de juegos y material didáctico para todos los alumnos y niveles -manifiestan los profesores, pues a lo largo de los cursos se va reponiendo y ampliando el material existente con nuevas adquisiciones gracias a las dotaciones aportadas por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, así como el material que provee el centro hospitalario dependiente del Sacyl, de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

¡Madre mía!, - dice Jorge de 3º de primaria a su papá, al entrar en el aula y ver los armarios abiertos, *¡nunca había visto tanto material, tantos juegos y tantos ordenadores nuevos!...*

Prácticamente todas las aulas hospitalarias de Castilla y León, objeto de este estudio cuentan con la siguiente dotación: pizarra, en algunas aulas también pizarra digital (se espera que en breve todas puedan contar con ella), vídeo, equipos informáticos, impresora, escáner, webcam, cámara de fotos, fotocopia, conexión a internet, wiffi,...

En relación con el fondo bibliográfico, se hacen varias precisiones:

a) Libros de texto, en algunas aulas hospitalarias se dispone de ejemplares de diferentes materias y cursos y en otras son escasos o están desfasados, pero debido a la ayuda de la aplicación de las nuevas tecnologías, el acceso a determinadas páginas web, etc., en la actualidad esta deficiencia se subsana con facilidad. También se puede anotar que son muchos los alumnos que teniendo ya conocimiento de la existencia del aula hospitalaria, llegan al hospital con todo su material escolar, lo que facilita la tarea de continuidad del proceso de aprendizaje.

b) Los libros de consulta han sido y aún son muy útiles en las aulas hospitalarias y cada año se sigue disponiendo de más, porque a la vez que se adquiere alguno nuevo, se reciben donaciones por parte de los propios profesores y del personal sanitario de la planta.

c) Por lo que se refiere a la biblioteca de aula con relación a los libros de lectura existentes se puede decir que está bastante bien surtida, debido a las compras que se van haciendo así como a varias donaciones procedentes de particulares, empresas y premios conseguidos por las aulas hospitalarias en concursos literarios, etc. Por todo ello los niños que asisten al espacio escolar, suelen encontrar en su biblioteca el libro o libros que más satisface a sus gustos y necesidades. También en muchos hospitales se cuenta con la biblioteca del paciente que incluye una sección de literatura infantil y juvenil, a la que se puede acceder fácilmente y conseguir los libros deseados mediante préstamo.

d) Se cuenta con una dotación informática buena, con diverso material de apoyo, como CDs, DVDs, programas de diferentes contenidos curriculares y lúdico-recreativos, correspondientes a los distintos niveles educativos, además de otros que incluyen todo tipo de experiencias didácticas; Enciclopedia Multimedia, etc.

El uso de las nuevas tecnologías, la correcta utilización de Internet, así como los programas de los que se dispone permiten un sinnúmero de posibilidades educativas para poder investigar y trabajar del modo más adecuado con los alumnos hospitalizados. Los profesionales de la educación en los hospitales se muestran satisfechos, aunque apuntan la posibilidad de mejorar las conexiones a internet entre aulas desde los diferentes centros hospitalarios.

1.6. Ambiente del aula hospitalaria.

Si cualquier espacio físico tiene significados diferentes y potencia reacciones distintas en la conducta de las personas, el hospital es un espacio físico que presenta connotaciones generalmente negativas.

El significado de un ambiente es el conjunto de características, contenidos, elementos que hacen posible a una persona comprender qué es para ella ese lugar.

El hospital es un espacio vinculado con la enfermedad y sus consecuencias y una parte de su carácter intrínsecamente adverso tiene que ver con ello. Pero el hospital no es, o no es sólo, el lugar donde estamos enfermos y sufrimos, sino también el espacio donde nos curamos. El hospital no debería ser percibido sólo como el espacio de la enfermedad, sino como un espacio de salud y de respeto, entendido como bienestar físico, psicológico y social.

Dadas la naturaleza del entorno hospitalario, su organización y su sistema de funcionamiento, se comprueba que este entorno tiene una gran capacidad de generar estrés en los pacientes y en la familia.

La forma en que el hospital es percibido por los niños y sus familias y el significado que le atribuyen se puede considerar como un factor importante, capaz de condicionar el efecto de las actuaciones hospitalarias sobre el bienestar de los pacientes pediátricos.

Los significados de un ambiente se construyen a partir de la interpretación que hacemos de los elementos informativos que percibimos o están presentes en el mismo, además de las experiencias individuales y colectivas. Esta concepción del hospital como espacio de salud, como ambiente no punitivo resulta especialmente importante en el caso de la hospitalización pediátrica.

Si mejorar la percepción del ámbito hospitalario y la experiencia personal es importante para cualquier paciente, las características psicosociales de los pacientes pediátricos hacen que su visión del entorno y las experiencias emocionales asociadas al proceso de hospitalización tengan que recibir una atención especial. De ahí que se preste cada vez mayor atención al espacio arquitectónico de los hospitales que impacta y sobrecoge al paciente, a las dimensiones físicas de los pasillos, las salas de espera y de exploración, habitaciones, etc.

Es importante que en la Sección de Pediatría, los hospitales velen por conseguir un ambiente acogedor y de seguridad, teniendo en cuenta algunos aspectos como son: espacios propiamente de pacientes infanto-juveniles diferenciados y separados de los pacientes adultos, espacios personalizados, privacidad en la estancia, decoración acorde con el gusto escolar, iluminación adecuada, dotaciones tecnológicas precisas, mobiliario cómodo y práctico, ropa de lencería y pijamas apropiados. La decoración de las paredes y mobiliario del aula escolar debe atender al gusto y características infantiles y juveniles, por estar las edades de los escolares comprendidas entre 3 y 16 años. Del mismo modo, las batas utilizadas por personal sanitario de la planta de Pediatría y profesores, pueden ir “decoradas” con ciertos motivos o elementos, sin recargamientos, acordes con gustos también de ese ámbito de edades, para intentar transmitir confianza al escolar paciente.

Un lugar especial en la planta de Pediatría lo constituyen las aulas escolares. En estas aulas donde son atendidos escolarmente los alumnos que durante un período de tiempo, más o menos largo, padecen diversos trastornos físicos, enfermedades, roturas, operaciones, etc., se aprecia una ambientación acorde con la edad y que transmita seguridad.

El Ministerio de Educación se erigió en principio, como el responsable de la organización y funcionamiento de las unidades escolares en instituciones hospitalarias, dotándolas del profesorado necesario, del material para su funcionamiento y de la asignación económica suficiente para la adquisición y renovación del mismo. El Instituto Nacional de la Salud adquirió los compromisos de habilitar los espacios necesarios en los centros hospitalarios para el funcionamiento de las unidades escolares, asumir los gastos derivados de la infraestructura, mantenimiento y conservación de su equipamiento. Actualmente, a raíz de la asunción de competencias, tanto educativas como sanitarias, por parte de las Comunidades Autónomas, las aulas hospitalarias han pasado a depender de los respectivos organismos autónomos competentes en la materia.

Es obligado y de gran interés en estas aulas la creación de un clima propicio que permita el desarrollo de la actividad escolar, pero también puede hacerse extensivo a otros espacios próximos donde se siguen produciendo intercambio de experiencias entre los diferentes alumnos hospitalizados, en el resto de dependencias compartidas del hospital (los pasillos, sus habitaciones) procurando que sienta lo menos posible la lejanía de su ambiente familiar y social

Existe un amplio conjunto de elementos en el aula hospitalaria, (se comprueba cada día porque lo expresan al incorporarse), que pueden ser percibidas e interpretadas por los niños y sus familias, en función de su capacidad para asociarse a experiencias emocionales positivas o negativas como son: buena iluminación y ventilación, acceso visual al exterior agradable (paisaje, vistas amplias, jardín,...), decoración alegre y variada (color utilizado en paredes, cuadros, murales fijos) y de creación propia del

escolar, carteles y mensajes de contenido positivo, dotación de material adaptado a la edad, aparataje médico visible y próximo, biblioteca y dotación informática actualizada, relaciones agradables.

“...Mamá me ha dicho María que un cuadro de los que hay en el pasillo lo pintó su prima Beatriz que estuvo aquí también ingresada...y yo he hecho un dibujo con acuarela para decorar el corcho de fuera....”
(Gabriela, 9 años)

Otros elementos funcionales que deben tenerse en cuenta por su capacidad para asociarse a significados emocionales para los pacientes pediátricos más frecuentes son: además de las batas blancas que incluyen alguna estampación diferencial, mobiliario adecuado, juegos y juguetes, material para pintar y dibujar, recursos audiovisuales, etc.

Muchos estímulos que son percibidos en el hospital y que resultan muy familiares para el personal sanitario, son, sin embargo, extraños y muy poco familiares para los pacientes pediátricos o sus padres. Esta falta de familiaridad la podemos considerar también una fuente de emociones, negativas en este caso, especialmente para los niños, que podría solventarse con explicaciones sencillas sobre los mismos.

Cuando Carmen, la enfermera, entra en el aula para retirar la vía a Antonio, todos los chicos levantan la vista de sus actividades y centran la atención, algunos un poco asustados, en lo que le va a hacer:

Entonces Carmen aprovecha el interés y explica:

“Mirad, todos creéis que Antonio y los que tenéis sueros, lleváis una aguja pinchada dentro y no es verdad; lo vais a comprobar, no es una aguja, es un plástico finito y por eso no hace daño y lo saco sin más. Vais a ver”.

Tranquilo Antonio, -dice Carmen- vamos a despegar con cuidado el esparadrapo que es lo que tira un poco por su pegamento, pero luego, hacemos... ¡puf! y ya sale el plastiquito sin enterarte,... ¡ya está! -dice mostrándolo-... y apretamos un poco con la gasa para evitar un "morado" y se acabó. ¿A que no te has enterado, Antonio?

Pues no, la verdad es que no. ¡Ya no tengo nada, qué bien!

Todos respiran tranquilos, sonríen y siguen con sus ocupaciones.

Todos estos factores que conforman el ambiente del aula y estancias donde los alumnos van a proseguir su formación durante el periodo de hospitalización, son importantes de considerar, para lograr el espacio ambiental preciso para la continuidad del desarrollo integral del escolar hospitalizado.

1.7. Hacerse un sitio

Hoy día se puede afirmar que el aula hospitalaria cuenta ya con carta de naturaleza en el contexto hospitalario y es lugar de reconocida importancia en la dinámica de los Servicios pediátricos, pero no fue fácil en el tiempo conseguirlo, por diversas razones.

En décadas pasadas sabemos que los Departamentos Infantiles de los hospitales permanecían cerrados, incluso a los padres y en ese ambiente tan rígido no había lugar para la educación de los niños. Fue a partir, como ya indicamos en la referencia histórica, de la Segunda Guerra Mundial y debido a la actuación de pediatras y pedagogos principalmente cuando se fue viendo la posibilidad de una actuación educativa.

El niño hospitalizado, aunque sea por corto periodo de tiempo, puede sufrir ciertas alteraciones psicológicas, no ya sólo a causa de su dolencia, sino por la deprivación familiar y socio-escolar que puede experimentar. En nuestros días nadie pone en duda la necesidad de proporcionarle una atención pedagógica; con esfuerzo,

en estos casi veinticinco años se ha procurado trabajar para que la Pedagogía hospitalaria fuese haciéndose un sitio en las Secciones de Pediatría y poder conseguir que el aula hospitalaria se integre plenamente dentro de las estructuras funcionales de las instituciones sanitarias.

Entre las mayores dificultades que pudo encontrarse el profesional docente en este campo de la sanidad es el trabajar en un entorno en el que prima lo médico, lo que significa que a veces es visto el rol que desempeña como con cierta “extrañeza”, frente a otros profesionales de la salud. A ello se añadía el hecho de que el personal sanitario tenía un vago concepto de cuál debía de ser el papel de un pedagogo en el hospital.

También la familia sentía ciertas dudas sobre la conveniencia de las actuaciones educativas al considerar, en su afán sobreprotector, como algo excesivo para el niño o joven, dado su estado de salud. Estas creencias están ampliamente desechadas en general y en cualquier caso se tiene claro y está comprobado que la atención psicopedagógica al alumno hospitalizado no es tan sólo algo conveniente sino necesario y la concienciación a favor de este punto es total, aunque a veces aún aparezcan problemas que hay que superar.

Otras dificultades que se le presentaron al profesor hospitalario en este campo fue la organización y coordinación de su actividad con la de otros profesionales tanto del ámbito escolar (profesorado del centro de origen, atención domiciliaria, etc.) como el acomodar los planes educativos a las capacidades y circunstancias de los chicos y a las condiciones especiales de trabajo en el hospital (reuniones, aplicaciones de tratamientos, visitas, hospital de día, etc.). El establecimiento de un horario y un organigrama, aunque sea unido siempre al término “flexible” y “por prescripción facultativa” fue un logro importante en la organización.

Los recursos materiales existentes que lógicamente van a redundar en el mejor desarrollo de la tarea escolar, se fueron

consiguiendo poco a poco y cada curso se contó con unas aportaciones provenientes tanto de la Administración Educativa (Servicio de Educación Compensatoria) como de la Administración Sanitaria, (Dirección del Hospital). Así se destaca que en la actualidad las aulas cuentan con un equipamiento adecuado y moderno.

Las reuniones, cursos y Jornadas, aunque celebradas no con la frecuencia deseada, han sido estrategias útiles para los profesionales de aulas hospitalarias, sirviendo para enriquecer actuaciones, compartir experiencias y dar a conocer su trabajo en diferentes ámbitos.

Las actuaciones educativas en instituciones hospitalarias, que fueron consideradas como una situación novedosa, han pasado a ser una realidad establecida y asumida con naturalidad; lo excepcional de contar con “un cole en el hospital”, ha dejado de serlo. (Anexos 2 a y 6)

Rosa, alumna de 2º de E.S.O. escribe a su profesora de aula hospitalaria después de unos años y tras haber superado una larga hospitalización dice:

...En conclusión: no sé que hubiese sido de pacientes como yo sin la escuela; respecto a la profe decir que es una gran persona, que se la quiere por ser como es , porque trata a cada niño como si le conociese de toda la vida. Mi trato con ella es muy especial ya que por las circunstancias dadas nos hemos conocido muy bien...”

El aula hospitalaria es la vida de una unidad educativa que tiene unos objetivos y que viene a ser, en cierto modo, reflejo de la vida del medio en que se encuentra, con todo un sistema de relaciones (internas y externas), unas de trabajo, otras de amistad, de emociones, de esfuerzo, de discusiones, a veces...en definitiva todo un entramado relacional que le confieren la viveza necesaria que ha de tener si realmente quiere ser una institución activa en la que puedan experimentarse las diferentes situaciones tendentes al

desarrollo de los alumnos hospitalizados en todas las dimensiones de la persona, pues es una realidad establecida y asumida con naturalidad

1.8. Así lo ven los alumnos

Es interesante conocer la percepción que los alumnos tienen del aula hospitalaria y de su profesor. Los alumnos y alumnas hospitalizados mantienen su escolarización, a efectos de evaluación y promoción, en sus respectivos centros. (Anexo 1).

Está claro que el rol del profesor de aula hospitalaria y el concepto de aula escolar, tiene unas connotaciones añadidas diferentes a las asignadas al rol del profesor del aula de origen y el escolar lo percibe y lo manifiesta. Además de las opiniones sobre las estrategias de enseñanza, sobre las formas como recrean las dimensiones del currículo, etc. se considera como muy importante el alto nivel de empatía que los estudiantes expresan tener con sus profesores de aulas hospitalarias.

Un alumno de 6º de Primaria manifestaba así su opinión sobre el aula hospitalaria:

“Pienso que todas las clases deberían ser como ésta, donde no siempre estamos obligados a trabajar lo mismo...y donde el profesor tiene en cuenta nuestra opinión...y donde todo el mundo nos trata muy bien” (Alberto, 12 años).

Los padres de Lucía dicen cuando acompañan a la niña al aula: *“Buenos días, aquí llega Lucía con un poco de retraso porque venimos de hacer una prueba pero ella quería venir al cole desde las 7 de la mañana...”*

El médico indica al profesor: *“...Ya hemos visto a Juan, se ha dejado explorar como un valiente y ahí lo tienes preparado y dispuesto con sus libros para ir al aula”.*

Cuando los médicos o enfermeros entran a ver al alumno o a controlar la medicación al aula, preguntan:

-“Jorge, ¿podemos verte un momento aquí mismo, sin sacarte a la habitación?”

El alumno de 7 años, responde: *-“Sí, pero por favor que sea rápido, que tengo que seguir haciendo la ficha”...*

Los padres de Alba, de 4º de Primaria, ya han recibido los papeles de alta médica y le comunican a su hija que ya pueden marchar a casa, pero Alba suplica:

- “Vale, de acuerdo, pero quiero comer aquí y quedarme hasta el final del cole”

El aula escolar no es terapéutica en sí pero tiene efectos terapéuticos. El profesor, cuando aparece en la planta es bien recibido, con muestras de cariño, con gestos de apego, logrando sonrisas y palabras selectivas de escolares que a veces mantenían un gesto triste y un mutismo preocupante durante su ingreso.

El profesor representa el medio exterior normalizado, por su aspecto tranquilizador y conocido. Simboliza la vida normal. Hace que el escolar se vuelva activo, autónomo. Se dirige a él como alumno: el escolar vuelve a tener señas de identidad. Valora al niño con relación a su entorno. Le da la oportunidad de llevar a cabo actividades diversificadas para que conserve o vuelva a encontrar el placer del conocimiento y el deseo de aprender y comunicarse. Al ayudarlo a proyectarse hacia el futuro, la escolarización es un factor de pronóstico positivo. (Anexos 4 a y 4 b)

Dicen los padres de Jaime:

“Estamos contentísimos porque Jaime ha superado la evaluación de este trimestre acudiendo al cole del hospital, con notas muy buenas y va a reincorporarse a su clase después de las vacaciones, sin retraso alguno...”

Se hace hincapié en lo agradable de la dinámica de desarrollo de la clase. Se pretende proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje y evitar el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación, pero reconocen que se hace favoreciendo, a través de un clima de participación e interacción, la integración socio-afectiva de los escolares hospitalizados, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.

María le dice a Teresa:

-“Mañana, cuando volvamos al cole, tienes que haber terminado de aprenderte la poesía para representar la obra y poderlo grabar; y... porque además los demás tienen que poder buscar las palabras que riman del crucigrama...”

- *Sí. Me ayudaréis tú y Mateo, después del cole.*
- *Vale. Cuando venga mi primo a visitarme, se lo diremos también, que él sabe mucho de eso...”*

Destacan como muy positivo el empeño por fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el hospital programando actividades de ocio de carácter recreativo y educativo en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollan acciones en el entorno hospitalario. (Anexos2, 4, 5 y 6).

2. ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y LÚDICO-RECREATIVAS EN EL AULA HOSPITALARIA. ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS.

2.1. Hay que hacer un plan.

Los efectos producidos por la marginación que el sistema educativo pueda generar con respecto a la vida escolar de los niños enfermos, preocupa cada vez más a la sociedad, independientemente de que la intervención educativa desde que la nueva legislación pasó del MEC a las Consejerías de Educación de las Comunidades

Autónomas también se haya acercado más a la realidad vivida por estos alumnos.

Las aulas de apoyo escolar hospitalario existen en los hospitales públicos y los encargados de las aulas, según la normativa legal, son profesores funcionarios. En estas aulas, o en su mayoría, se desarrolla la intervención educativa, pero también en las propias habitaciones del hospital con los chicos que deben permanecer en ellas.

En el Plan de trabajo anual de las aulas hospitalarias se incluye la programación y planificación del curso académico atendiendo a unos objetivos prioritarios como:

- Acomodación a la normativa educativa.
- Adaptación a la normativa que desarrolla la ley de educación: programaciones curriculares, evaluación, competencias básicas, derechos y deberes de los alumnos.
- La atención a la diversidad.
- Consolidación del Plan de fomento de la lectura. Se sigue apostando fuerte en la tarea de fomentar el hábito de la lectura. Se implantan planes lectores en todos los cursos. Se impone un tiempo diario dedicado a la lectura en clase.
- Se potencia el plan de convivencia.
- Consideraciones sobre derechos y deberes.

Pero atendiendo siempre a este Plan general, en el aula hospitalaria hay que llevar a cabo adaptaciones individuales debido a la diversidad del alumnado que la integra. (Anexo 1 j).

Mira Juan, dice Eva al compañero que se ha incorporado hoy al aula: “Cuando acabemos los problemas de Matemáticas, en el plan de hoy está la Miscelánea de relajación; ya verás qué divertido, a ver quién saca más puntos... ¡creo que te ganaré, soy muy observadora!...”

Con los alumnos, se realiza una enseñanza personalizada que procura evitar la posible marginación académica del alumno

mediante «un currículo individualizado, abierto y flexible», recalcan al unísono los profesores de aulas hospitalarias que han intervenido en el trabajo. Se llevan a efecto un conjunto de actividades coordinadas con el colegio de procedencia del escolar, actividades de socialización, trabajos en grupo de temas de actualidad y también juegos simbólicos que ayudan a vencer los miedos y ansiedades que despiertan en el chico el ingreso en el hospital y los tratamientos e intervenciones quirúrgicas a los que son sometidos. Éste es el significado desde el que se busca el conocimiento, al que la capacidad de simbolizar pertenece. Por eso las buenas intenciones son evidentes, pero su limitación también; y no basta con afirmar que hay que comenzar por lo posible pues, aun siendo bueno y necesario, no es suficiente.

“Maira tiene hoy muchos deberes de su clase, así es que no podrá hacer con nosotros la lectura comentada,...pero bueno, después se lo contamos, ¿vale Mario? (Mónica de 1º de E.S.O).

La atención educativa no es subsidiaria, es fundamental y trascendente; debe pensarse como fuente de conocimiento, de cualidades y capacidades por tanto; es decir de condicionantes esenciales de las formas de vida; y es a esta consideración a la que hay que atender.

Desde el momento en que el alumno hospitalizado recibe atención educativa y entra a formar parte de la dinámica del aula escolar se establece un plan en el que se debe, entre otras cosas:

- Marcar objetivos claros y precisos.
- Marcar tiempos de trabajo y relax.
- Marcar tiempos de concentración para intensificar la atención y de espera para lograr el respeto.
- Realizar actividades que sirvan para desarrollar la memoria, la lógica, la atención y la creatividad.
- Permitir a los alumnos que presenten mayor inquietud desplegar su actividad sin molestar a los demás, canalizando de

forma que resulte útil para el desarrollo de la clase (ayudar al compañero, ordenar material, aprender un poema, etc.)

- Programar actividades significativas variadas y claras que sean enriquecedoras de los procesos de socialización del alumnado, remarcando la importancia que en ese enriquecimiento tiene la «participación e interacción» en una integración en la que el afecto es fundamental. (Anexos 1k y 4)

El afecto y el cariño que son acción y efecto de conocer, son facilitadores del aprendizaje; no escapan a la acción educativa, aunque ésta tenga un «carácter recreativo», dicen los profesionales, que es una de sus formas más atractivas de relación en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

2.2. Necesidad de intercalar actividades y talleres

Se entiende que las actividades a realizar en el aula hospitalaria tienen un contenido terapéutico y educativo a la vez, para poner en marcha actuaciones dirigidas a educar y a ayudar a los jóvenes pacientes a superar las situaciones que a lo largo de su estancia en el hospital van a vivir, como son: la sensación de que el tiempo se alarga y con ello se demoran sus actividades diarias; se prolonga la separación de su ambiente, de sus relaciones habituales, etc. Tenemos que tener en cuenta que ciertos aspectos del ambiente hospitalario (toma de temperatura, gotero, presión, análisis, etc.) pueden evocar fuertes reacciones emocionales en los chicos al principio, afectando sus estados de salud de forma positiva o negativa, pero debido a que son inherentes a la atmósfera del hospital y se llegan a hacer rutinarios, el escolar tiende a pasarlos por alto, tal como señalan Polaino y Lizasoáin (1993).

Incluso llegan a asumir estas prácticas, aprendiendo y controlando su manejo, conociendo sus propios datos por lo que se convierten en verdaderos copartícipes en las prácticas médicas, llegando a plasmar estos nuevos conocimientos en sus

composiciones escolares, sin reparo ni preocupación.⁹ (Anexos 4b y 7g).

El papel del profesor en esta aula es el de mediador y facilitador del proceso de aprendizaje actuando en la medida que el alumno precise y no como un mero instrumento transmisor de información. La razón de organizar la clase en talleres viene motivada por el hecho de la heterogeneidad del alumno a la que se ha hecho referencia anteriormente. (Anexos 4 a y 4 b).

Basándose en la metodología activa y participativa, se propone la creación de unos talleres de trabajo en el aula con la flexibilidad suficiente que permitan acceder a cada uno individualmente a su currículo y que fomenten en el alumno, su interés por las tareas a realizar, la capacidad de seleccionar y organizar su trabajo, impulsar la adquisición de hábitos y técnicas de trabajo y establecer individualmente la zona de desarrollo potencial.

Estos talleres están modelados en tres categorías que responden a los tres ciclos: Infantil, Primaria y Secundaria obligatoria y son: Taller de Lenguaje, Taller de Matemáticas, Taller de Expresión Plástica, Dramática y Musical, Taller de Salud, Taller de Juegos y Taller de Nuevas Tecnologías.

⁹ Se comprueba que ocurre con frecuencia, y como muestra de ello tenemos los relatos participantes en diferentes Concursos literarios de aulas hospitalarias, y en concreto podemos presentar por su expresividad y plasticidad el relato ganador del primer premio en el "I Certamen literario cuentos de hospital" de Castilla y León, organizado por la Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, Sacyl Gerencia Regional de Salud, de la Junta de Castilla y León, así como a la Asociación de Escritores Noveles (AEN) , celebrado en el Año 2009, que lleva por título 'La vida de un enfermo galáctico', escrito por A. P., de 13 años, de Valladolid. El relato ganador cuenta la historia de un enfermo galáctico, al que le ataca el virus de los tromboflautos y al que asisten enfermeros robot.(Anexo 4b.1)

Teniendo en cuenta la necesidad de ampliar el horario destinado a las áreas instrumentales, los dos primeros tienen un carácter de refuerzo y ampliación con respecto al grupo de referencia del alumno.

El Taller de lenguaje:

- Desarrollar la expresión oral
- Adquirir gusto por la lectura como fuente de información y placer
- Fomentar la creatividad en la producción escrita.
- Evitar lagunas en el currículo propio.

Las actividades están escalonadas por niveles de dificultad y se adaptan a lo que están trabajando en su centro de procedencia.

Los trabajos escritos de los alumnos son en su mayor parte realizados mediante las nuevas tecnologías lo que permite su difusión a otros centros o compañeros.

Taller de matemáticas:

- Potenciar el razonamiento y la expresión del mismo
- Valorar la importancia de los procesos matemáticos en la vida diaria
- Desarrollar la creatividad en la resolución de problemas
- Evitar lagunas en el currículo propio.

Las actividades igualmente escalonadas por niveles se pueden realizar en fichas o murales, así como mediante programas de ordenadores muy atractivos y completamente individualizados que devuelven al alumno la información de sus progresos en el acto.

Taller de Expresión plástica, dramática y musical:

La finalidad de este taller es favorecer la expresión y la creatividad, así como ayudar al niño a utilizar su tiempo de ocio en actividades gratificantes y enriquecedoras.

Las actividades realizadas tienen su base en cualquiera de los talleres anteriores, de manera que sea una aplicación más de lo trabajado.

En este taller es frecuente la utilización de material habitual en el hospital: algodón, depresores, gasas, esparadrapo, etc.

Taller de juegos:

Este taller tiene una disposición vertical en la distribución del trabajo por considerarlo aplicable en cualquier momento siempre que sea necesario un tiempo de descanso o relajación para el alumno: Fomentar la comunicación en el grupo, aplicar los conocimientos escolares a distintas situaciones, favorecer el razonamiento, la memoria, la percepción espacial, el humor, desarrollar los hábitos de cuidado y orden en el uso del material, evitar la fatiga y relajar en determinados momentos.

Taller de Nuevas Tecnologías:

También el taller de Nuevas Tecnologías como el del juego puede variar su uso según las necesidades y la motivación que precise el alumno.

Las aulas hospitalarias cuentan desde hace varios años con medios informáticos que suponen una gran ayuda dentro del trabajo del aula.

Otra de las posibilidades que ofrece es que la coordinación con los tutores de los centros de origen, así como el contacto diario con los compañeros de clase, mediante Chat o a través de trabajos enviados es mucho más directa, rápida y efectiva, por no hablar del beneficio que para los niños supone no sentirse aislados de la dinámica de su colegio.

Taller de salud:

El aula hospitalaria debe ser aún con mayor motivo si cabe que el resto de aulas, promotora de salud y para ello es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Se centra en la participación activa de los alumnos, con una serie de métodos variados para desarrollar destrezas.
- Reconoce una amplia gama de influencias sobre la salud de los alumnos e intenta tomar en consideración sus actitudes, valores y creencias.
- Considera que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud.
- Da gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre profesores, personal no docente y alumnos.
- Considera la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que en ella conviven.
- Reconoce el papel ejemplarizante de los profesores.
- Sabe que el apoyo y la cooperación de los padres es esencial para una escuela promotora de salud.

De acuerdo con lo anterior los objetivos de este taller son: Conocer los distintos aspectos que influyen en nuestra salud, adquirir los hábitos y destrezas necesarias para el cuidado de nuestro cuerpo, identificar los principales riesgos para la salud.

Este taller, dado que es común a todos, se desarrolla en grupo y las actividades se plasman en murales, trabajos para la revista o ejercicios plásticos para exponer en el aula.

Los temas transversales: son contenidos de enseñanza-aprendizaje sin referencia directa o exclusiva a ningún área curricular concreta, ni a una edad o etapa educativa particular, sino que afectan a todas ellas, desarrollándose a lo largo de toda la escolaridad obligatoria, aludiendo directamente a la educación en valores y responden a realidades de especial relevancia para la vida de las personas y de la sociedad. Las líneas maestras de intervención de los diferentes contenidos transversales pueden ser: Educación para la convivencia, Educación para la paz, Educación para la salud y los apartados siguientes: limpieza e higiene personal, actividad y descanso, crecimiento y desarrollo físico, alimentación y nutrición, prevención y control de enfermedades, seguridad, salud sexual, salud y medio, las drogas, educación para el consumo, educación para la igualdad, educación ambiental, educación vial, educación para Europa, educación intercultural.

En suma, estos contenidos pretenden conseguir, entre otros, los siguientes objetivos:

- Desarrollar el juicio moral a través de la formación de capacidades que permitan reflexionar sobre los conflictos de valores que puedan presentarse y resolverlos adecuadamente.
- Adquirir los conocimientos necesarios para poder enjuiciar críticamente.
- Conseguir las competencias apropiadas y formar capacidades para hacer coherente el juicio y la acción moral.

Se establecen también los proyectos semanales de trabajo que pretenden ser recursos educativos para fechas señaladas del calendario escolar, abarcando todas las etapas del sistema educativo, desde Infantil hasta Secundaria.

-*“Vamos a celebrar el día de la no violencia y la paz. Para prepararlo bien cada uno puede dar una idea, recordando por ejemplo lo que más nos gustó de lo que hicimos otros años en nuestros centros, para esa fecha”*, - dice Lidia, de 5º de Primaria.

-*“A mí me gustó mucho, el hacer un corro, con los brazos extendidos y con las manos pintadas de blanco mientras cantábamos todos una canción de paz,”*, añade Leire de 4º de Primaria.

-*“Podemos buscar en internet datos importantes sobre Gandhi...,”* dice Marta de 2º de E.S.O.

Se considera que Internet ha de ser un medio vivo y actual, que aporta recursos caracterizados por su inmediatez y utilidad. Con ello se puede encontrar para estos proyectos: Artículos, documentos y recursos, así como monográficos centrados en los temas a tratar.

2.3. Las evaluaciones.

Nada más llegar el alumno al aula hospitalaria se precisa llevar a cabo una serie de evaluaciones.

Serán tanto referidas al propio alumno, evaluación inicial, como a sus circunstancias, que permitirá seleccionar el tipo de tareas a realizar. Se recoge, en principio, de forma oral, del propio niño y de sus padres o familiares, confirmándose a partir de la realización de las primeras tareas propuestas. Si la estancia se prolonga, se contrastará con la información aportada por el tutor del centro de referencia.

Al igual que en cualquier centro escolar la actividad educativa del aula hospitalaria conlleva la evaluación de los alumnos¹⁰. Sin embargo, en muchas ocasiones esto no resulta nada fácil dado el

¹⁰ Los centros deben transformarse y mejorar, pero esta transformación y mejora debe evaluarse. Así lo plasman: BUENO LOSADA, J. y ESTEBAN FRADES, S. (1988).

carácter de los niños ingresados ya que en algunos de los centros hospitalarios, cada vez más, encontramos que la mayoría de los alumnos son de corta o media estancia. No obstante y a pesar de las dificultades que se puede encontrar, para establecer unos criterios de evaluación, ésta se lleva a cabo, partiendo del trabajo diario de cada uno de los alumnos, teniendo en cuenta los objetivos específicos que han de conseguir y que quedaron fijados con anterioridad.

“Cuando se tiene el primer contacto con los padres de un escolar hospitalizado, muchas veces, te indican de inmediato los gustos, las materias preferidas, las aficiones del alumno, e incluso te describen ciertos rasgos de carácter, su actitud frente a las tareas escolares, sus relaciones con los compañeros, con los hermanos, etc., lo cual te ayuda a tener un conocimiento previo del escolar así como a percibir la imagen que de él tienen”, comenta un profesor de aula hospitalaria.

Siempre se parte de estas premisas y se tienen en cuenta las especiales circunstancias del niño hospitalizado, a la hora de evaluar. El profesor del aula hospitalaria ayuda al escolar a llevar a cabo esa tarea importante de hacer un seguimiento de su propio trabajo, de forma que sepa autoevaluar aspectos como su asistencia a clase, su rendimiento dentro de ella, etc. Asimismo, se refuerza cada uno de sus logros, mientras que se le evita “sentirse disminuido” en sus posibilidades exigiéndole, por otro lado, cuantos logros pueda realizar, tratando, con todo ello, de motivar al niño para la consecución de todas las actividades que durante su estancia en este aula se le planteen y se plasman en el informe escolar. (Anexo 1 m)

Dice la profesora del aula hospitalaria:

Mira Juan, María y Rubén que son de tu mismo curso están trabajando ahora las ecuaciones y como tú es el primer día que vienes al aula, nos vas a contar lo que estabas haciendo en tu colegio, ¿de acuerdo?

¡Sí, yo también llegaba ahí, en matemáticas! y nos había fijado la otra profe un control de ese tema para el próximo martes, así es que me vendrá bien hacerlo”, responde el alumno.

En el ingreso hospitalario se tiene en cuenta el proceso evolutivo de cada niño, en especial de aquellos que vayan a estar ingresados durante un tiempo más prolongado y podemos decir que las evaluaciones a realizar son:

- ♦ Evaluación inicial, que recoge los datos que proporciona la primera información, necesaria para conocer la situación de partida de cada alumno. Esta primera toma de contacto generalmente se realiza teniendo en cuenta los datos que aportan los padres y familiares de cada escolar y se hace de forma oral. Si fuera preciso, porque la enfermedad del alumno requiera una estancia en el hospital más prolongada o las circunstancias son especiales, entonces se acude también al profesor-tutor que puede enriquecer el conocimiento del alumno y es el encargado de mostrar las pautas que siguen en la clase para poder llevar a cabo una continuidad formativa en el hospital. Este primer contacto permite seleccionar, como hemos indicado, el tipo de tareas a realizar y las actividades necesarias y que, sin duda, se confirman a partir de la realización de las primeras tareas propuestas.

- ♦ La evaluación procesual tiene un carácter formativo y continuo. Esta evaluación se lleva a cabo mientras el escolar permanece ingresado y se realiza, muchas veces, con los padres e incluso con el personal médico pues al estar en contacto directo con el escolar, refieren y constatan los cambios y reacciones que se producen en el alumno, siendo útil sus aportaciones porque permiten contrastar las apreciaciones llevadas a cabo en el aula y de acuerdo con ello continuar en la línea de trabajo propuesta o modificarla por no obtener el resultado esperado.

- ♦ Evaluación final que se emite cuando se da el alta al niño y cuyo principal objetivo es el de proporcionar información al profesor-tutor sobre la programación seguida con el alumno durante la hospitalización y sobre todos aquellos datos que se consideren pertinentes para situar correctamente al tutor respecto a su alumno. Este informe se realiza cuando la estancia hospitalaria del escolar es larga. De todas formas, en los casos de aquellos alumnos que

requieran un período de hospitalización prolongado o intermitente, el profesor del aula hospitalaria está en permanente contacto con el profesor-tutor del centro de origen de estos niños, para que las actividades realizadas en el aula sean conocidas en todo momento por dicho tutor e incluso se establece la conveniencia de realizar los exámenes en el aula. Además de esta manera, la vuelta del alumno a su centro de referencia, desde el punto de vista escolar, resulta totalmente normal, por no haber perdido el contacto y sin sorpresas desagradables.¹¹. (Anexo 1 m)

Aunque la estancia hospitalaria sea corta, también se ofrece a los padres del escolar la información precisa sobre las actividades llevadas a cabo por el alumno durante su asistencia al aula hospitalaria, así como los trabajos realizados por el mismo, que puede aportar a su clase de pertenencia, lo que sirve a veces para dar a conocer a otros compañeros la existencia del aula hospitalaria y a suavizar la idea fría que conlleva el concepto de centro hospitalario.

♦ La evaluación de la actuación en el aula hospitalaria. Valorando las distintas actividades y circunstancias, al terminar el curso se realiza una evaluación final cuyos resultados se reflejan en la memoria final del curso.

2.4. Aunar estancias y características de cada escolar, actividades del centro de referencia y actividades del aula hospitalaria.

Se atiende a un número de alumnos muy semejante en cada curso, con pequeñas variaciones. Los alumnos de Primaria forman el grupo más numeroso de alumnos que reciben atención educativa en estas aulas, seguidos de los alumnos de Infantil y Secundaria-Bachillerato.

¹¹ En el Anexo se adjunta el documento modelo utilizado para presentar en el centro de referencia

Las estancias en general son cortas. Se constata que a lo largo de todos los cursos, es una característica que se ha venido observando y que tiene su justificación por los avances médicos y por los planes de humanización de los hospitales que abogan por las estancias hospitalarias cortas y la atención en domicilio siempre que sea posible.

Las especialidades médicas o servicios de los que provienen los alumnos atendidos en las aulas hospitalarias son principalmente Pediatría General, Cirugías, O.R.L. y Traumatología, presentando porcentajes inferiores los referidos a otras especialidades.

El profesor del aula hospitalaria lleva a cabo las colaboraciones y coordinaciones necesarias con la familia y con el ámbito tanto educativo como sanitario, así como con las Asociaciones, ONGs y entidades que inciden en la atención al alumno hospitalizado.

En todas las aulas se elabora el Plan de trabajo anual y la Memoria final de Curso.

El trabajo del profesor hospitalario forma parte del entramado “multigrupal” del centro hospitalario y de ahí la importancia de la coordinación tanto interna como externa del aula hospitalaria.

“¡Esta niña desde su ingreso, en cuanto entro en su habitación, se asusta y no dice nada, pero hablándole del cole y de la profe, ya se anima y cambia su actitud totalmente!...refiere una doctora.

Los alumnos pueden ser ingresados por diversos motivos, en diferentes situaciones y desde diversas procedencias pero en todos los supuestos, lo que educacionalmente se propone es que el alumno continúe el desarrollo armónico de todos los factores de su personalidad y conseguirlo de la manera más normalizada posible.

No es lo mismo la planificación de tiempos, para un alumno que ingresa por una causa leve, es decir estamos hablando de una

estancia corta, que cuando se tiene que hablar de estancias largas o en otras ocasiones planificar estancias medias o intermitentes.

La metodología de trabajo está supeditada a las limitaciones concretas de cada alumno, de tal manera que la individualización permita un ritmo continuado de adquisición de conocimiento a la vez que incrementa el afán por seguir conociendo.

Es necesario tener en cuenta las posibilidades de movilidad, tiempo, tanto en el aula como lo invertido en las actividades personales, las variaciones en el proceso de aprendizaje atendiendo a la evolución del estado de cada alumno, las colaboraciones; todo lo cual determina la actitud ante el hecho de aprender y la utilidad de lo aprendido.

Los centros de interés a trabajar y las colaboraciones externas (familia, personal sanitario, etc.) que se precisen están de acuerdo con el nivel de conocimiento del escolar.

En línea con lo anterior se deberá considerar el material a utilizar, su manejabilidad y oportunidad según el estado físico del niño, conocimientos previos y objetivos que se pretendan. La disposición a continuar debe derivarse de la valoración de lo precedente, ejercida de manera continua a través del proceso seguido y los resultados de la consecución de objetivos flexibles y sucesivamente adaptados. Procedimientos, como la observación permanente —que debe dejar claro el significado de los compromisos asumidos y su cumplimiento—, el control de las tareas y su ajuste progresivo, así como la opinión manifestada como autovaloración de los alumnos, permitirán ir apreciando el crecimiento del conocimiento a través del análisis de actitudes, actividades, cualidades y capacidades adquiridas, perfeccionadas y evidenciadas.

“Jaime está contentísimo en el aula y eso que no quería ir al principio porque decía que al tener el brazo todo vendado no iba a poder hacer nada y se iba a aburrir, pero ha salido encantado porque dice que ha estado trabajando con la masilla que huele a gusanitos y ha

conseguido escribir la palabra secreta en inglés y luego mientras los demás hacían la pirámide de alimentos, él podía hacer en relieve las frutas...para completar el mural”, comenta la mamá de Jaime a la tía que ha venido a visitarlo.

Es importante tener en cuenta en esta actividad docente los campos de interés del alumno, fundamentalmente refiriéndose a su calidad de vida. Para ello las acciones interdisciplinares parecen efectivas, cuidando de que no invadan la acción individualizada de la reflexión personal, tan útil también en estas situaciones; buscando simultáneamente, la recuperación de la salud y la normalización de la vida, para lo que tiene especial significado la ayuda con la que el conocer y el conocimiento contribuyen a superar las situaciones en las que el sentimiento de un cierto desamparo puede hacerse presente. De ahí que se reitere en el aula hospitalaria la necesidad de ayudar a formular preguntas y a orientar las respuestas de los alumnos, para lo que pueden ser de utilidad datos y cuestiones sobre su propia enfermedad.

Los alumnos y alumnas hospitalizados mantienen su escolarización, a efectos de evaluación y promoción, en sus respectivos centros.

Por esta razón, para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado de larga y media hospitalización, el profesorado de estas unidades establece un primer contacto con cada centro educativo de procedencia para solicitar información relativa a su nivel de competencia curricular en las distintas áreas y sobre la programación general del aula en que está escolarizado. Esta información orientará el diseño y desarrollo del plan de trabajo individual del alumno en el período de hospitalización.

La razón prioritaria de la presencia del niño y la niña en el hospital es la de su curación. El trabajo del profesorado hospitalario, adecuadamente coordinado con el resto de las intervenciones sanitarias, constituye un importante impulso motivacional para conseguir este objetivo general de recuperar la salud. Por ello, la

atención que se presta es integral; no sólo se les procura la vertiente sanitaria sino también la educativa y la psicológica.

El seguimiento del curriculum establecido con carácter general en el nivel de referencia de cada niño hospitalizado, está presente en el actuar del aula hospitalaria, siendo tarea del profesor de cada una de estas aulas realizar las oportunas adaptaciones curriculares, cuando se precisen. El programa de trabajo sigue las pautas del propio proceso escolar y del centro de origen del alumno, siempre que es posible, si su salud se lo permite. Ahora bien, esto se ve complementado por la programación que vertebra las actuaciones del aula escolar hospitalaria que se apoya en aquellos procesos educativos tendentes a potenciar la creatividad de esos alumnos y que van muy relacionados con la intensificación de las actividades de lectura, Expresión Artística, celebraciones, representaciones, considerando que todo este tipo de manifestaciones va acompañada de una serie de disposiciones por parte del alumno como: Concentración y aumento de la autoestima, fomento de la lectura y la composición, relajación para mantener el equilibrio emocional, fomento de la creatividad y el sentido artístico y cromático, perfeccionamiento de la habilidad manual, favorecimiento de relaciones, participación generosa, etc.

“- Quería decirle que hemos traído la silla especial de Javier para que esté más cómodo en el aula”, comenta la madre de Javier.

“- De acuerdo y así con el apoyo de la fisioterapeuta y el material adaptado que precisa, podemos continuar a su ritmo las tareas y hacerlas llegar a su centro”, le dice la profesora a la mamá de este alumno que requiere unas adaptaciones motoras especiales.

Según esto, se puede decir que en el aula hospitalaria se aúnan:

- Actividades curriculares. Dirigidas a la continuidad del proceso de aprendizaje-enseñanza conforme a los criterios generales para el diseño y evaluación del plan de trabajo individual.

- Actividades formativas y transversales. Dirigidas a mejorar la situación personal, psico-afectiva y social del niño enfermo hospitalizado.
- Actividades complementarias y extraescolares. De apoyo, relación y ampliación a la tarea escolar.

2.5. La metodología.

Los sucesivos movimientos y tendencias educativas del profesorado hospitalario han creado diferentes estrategias de trabajo que se adaptan a las singularidades de cada hospital, destacando cuatro de ellas.

La primera, en la que los profesores centran su atención principalmente en la aplicación docente, siguiendo la programación del nivel educativo oficial del alumno, lo que ocurre generalmente con niños de larga o media hospitalización; otra, que se limita a la atención lúdica y recreativa con niños de corta estancia hospitalaria; una tercera, que agruparía las dos anteriores en función de las patologías y la permanencia en el centro que es la presente en la mayoría de nuestros centros hospitalarios; y por último, podríamos incluir la atención domiciliaria a niños convalecientes, en muchos casos vinculada a las actuaciones de los profesores del aula del hospital.

Pero siempre, cuando llega el momento de adoptar unos determinados principios metodológicos, se tiene en cuenta, como punto de partida, la especial situación en la que se encuentra el alumno hospitalizado: en otro ambiente diferente, pero con las mismas inquietudes y el mismo proceso educativo que cualquier otro niño escolarizado y considerando que la base de este trabajo será la propia programación del aula de origen de cada alumno. De ahí que los principios metodológicos a seguir sean los siguientes:

Globalización.

Las distintas actividades programadas parten de un criterio globalizador, en el que los contenidos se estructuran en torno a unos ejes muy concretos, que surjan del propio medio sanitario en el que los niños se mueven. El aula se convierte, de esa manera, en un lugar en el que confluyen los recursos que aporta el escolar de su centro de origen, con los propios del aula hospitalaria.

Personalización.

La atención que recibe cada alumno es personalizada, adecuada a la edad y a su nivel escolar, así como a sus condiciones afectivas y de salud. El aula hospitalaria se adaptará a la programación establecida en el centro de origen de cada uno de los escolares hospitalizados limitándose ésta, en todo caso, a adaptar aquellas tareas curriculares que considere oportunas.

Participación.

En todo este proceso será de vital importancia, como ya quedó reflejado en otro apartado, la relación que se debe de tener con otros agentes dentro de este proceso educativo en el que se va a ver inmerso el escolar en el hospital y su participación en aras de alcanzar los objetivos establecidos.

En primer lugar, las familias, que se convertirán en el principal nexo de unión con el centro de origen del alumno, no sólo para informar acerca de la evolución escolar de su hijo, de cómo se enfrenta al trabajo diario, etc., sino que además son las primeras que ofrecen información directa de cuál es su estado de ánimo.

En segundo lugar, el personal sanitario, que es el encargado de ofrecer información técnica, relacionada con la salud del niño y acerca de si es oportuna su asistencia a clase o, por el contrario, se le aconseja que se quede en su habitación y reciba la atención escolar en ella.

Por último, los profesores del centro de referencia del niño, en especial su tutor, ya que de ellos se obtendrá la primera información acerca del rendimiento escolar del niño y cómo debemos proceder durante su estancia en el hospital.

Significatividad.

El profesor del aula hospitalaria tiene muy en cuenta a la hora de comenzar el trabajo con los nuevos alumnos la construcción de aprendizajes significativos, donde se tomen en consideración tanto los conocimientos aportados por el escolar al llegar al hospital como los nuevos conceptos recibidos en el aula hospitalaria.

En este proceso son muy importantes las interrelaciones que se puedan dar entre el alumno y el profesor, de ahí la necesidad de que la comunicación entre ambos sea fluida y de que exista en el aula un ambiente distendido, en el que el alumno se encuentre feliz y relajado, sin tensiones ni angustias y donde se sienta valorado y querido no por su enfermedad, sino por ser una persona.

Motivación.

Con el fin de que las actividades propuestas sean más interesantes y más fáciles de alcanzar para el alumno, el maestro del aula pone a disposición de éste todos los medios precisos, tanto los recursos plásticos como los intuitivos. De esta manera el escolar se encontrará más motivado y con ganas de asistir al aula a continuar con normalidad sus tareas escolares.

Socialización.

Del mismo modo, se atiende la necesidad de socialización que todo escolar tiene, incluso en los momentos en los que está apartado de su medio social más próximo: sus amigos, su colegio etc. Es en esos momentos cuando más atención se presta a las actividades en grupo, cuyo fin no es otro que lograr la comunicación y amistad entre los niños ingresados.

Flexibilidad.

Por último y dada la situación tan especial en la que se encuentran los niños en estas aulas, enfermos y lejos de su ambiente, así como la diversidad de cursos y edades a los que va dirigida esta actuación, las estrategias metodológicas utilizadas exigen ser flexibles, ajustando las actividades al ritmo de trabajo de cada uno de ellos.

2.6. La importancia del tiempo de ocio, de relax, de juego.

El ocio y el relax son unas formas más de relacionarse y en el tiempo de hospitalización, en el aula hospitalaria hay que utilizarlos muy bien. El tiempo de ocio, de relax lo tomamos como un espacio de creatividad que permite una relación más íntima con quienes nos rodean, un contacto más pausado con el medio en el que estamos, una posibilidad de gozo personal o en compañía, un disfrute “de nuestro cansancio o aburrimiento”, e incluso un simple escape de las tensiones que nos preocupan.

El ocio, el relax, el juego formativo, con la ayuda imprescindible en nuestros días de las TICs, se podrían considerar como herramientas que en el entorno educativo se ponen a disposición de los escolares y de las familias para ofrecer información y crear interés y curiosidad por la novedad, la literatura, el cine, la salud, el medio ambiente, etc. posibilitando la creación de aficiones y el cultivo de diversos intereses, con sentido creativo, lúdico o de gozo de relaciones humanas.

Hoy los chicos pasan más horas delante de las pantallas que horas lectivas tienen a lo largo de todo el curso y, cuando es obligado un tiempo de hospitalización, el aula, junto a los cometidos educativos que tiene, debe ocuparse de la importancia del tiempo de ocio, tanto intercalado con las tareas escolares, como también dentro del tiempo que los alumnos pasan con la familia. Y es que, ante la tesitura en la que se encuentran muchos alumnos atraídos por las

nuevas tecnologías, pero con un uso incontrolado de las mismas, a su libre albedrío, se proponen el acompañamiento de los chicos para educarlos en el ocio.

Se considera de suma importancia ofrecer las mejores propuestas de ocio, de relax, a los alumnos, pues un tiempo libre, es un espacio educativo y por tanto, debe ser compartido por padres, educadores y chicos.

La formación de la persona debe ser integral y, por tanto, el aula debe colaborar con las familias en cómo emplear correctamente el tiempo libre, porque el ocio también es momento para educar, es momento que estimula la apertura y expresión del alumno, permitiendo romper las barreras del reparo y la inhibición que pueden estar presentes en actividades curriculares o formales. Ayuda a formarse de manera relajada, distendida y participativa.

Se puede decir que las características que definen el juego son:

- Una necesidad para niños y adultos y es potencialmente un excelente medio de aprendizaje para todas las personas, sea cual sea su sexo, edad y condición social.
- Es una actividad natural del niño. Le proporciona placer y satisfacción y por ello tiene valor en sí mismo.
- Potencia el desarrollo físico, psíquico y social del niño. Le ayuda a conocer sus propias aptitudes y sus límites.
- Es una de las principales fuentes de relación con las demás personas y el entorno que rodean al niño.
- La sociedad y sus reglas se reflejan en el juego, mediante el cual el niño conoce y asimila, lo que le permite adaptarse a la realidad que le rodea.

- Al ser voluntario y deseado, facilita que, en ocasiones, el niño lo utilice como medio terapéutico, de liberación de tensiones psíquicas y de retorno al equilibrio.

Ocurre que dentro de la programación y en el horario establecido en el aula hospitalaria se contempla la posibilidad de recurrir al juego, a tarea lúdica, siempre que las condiciones del alumno o las circunstancias del aula así lo aconsejen. Además en todas las aulas hospitalarias se comprueba que cuando se cumple la realización de las tareas establecidas, en el primer periodo de tiempo anterior a la comida, es necesario acudir a ciertas actividades lúdicas, juegos de estrategias, de memoria, de relación, de interpretación que permiten descansar de las tareas curriculares y “recargar pilas”, para poder continuar con las siguientes.

En este tiempo de ocio, de pasatiempos, de tiempo de relax, se presentan una serie de actividades encaminadas a conseguir que los alumnos superen los retos y ejerciten diferentes habilidades.

Los juegos cooperativos son esenciales para cualquier intervención lúdico-educativa que se base en la cooperación. Son juegos que estimulan el trabajo en grupo, fomentando la participación de. No son juegos rígidos, sino que son flexibles y se pueden cambiar y adaptar al grupo y a los objetivos que se persiguen. Los juegos cooperativos potencian la cooperación, aceptación, participación y diversión.

El profesor del aula hospitalaria prepara también este tiempo de ocio, pues elige pasatiempos, juegos, actividades lúdicas, desafíos que supongan un reto para los alumnos. Recuerda a los alumnos que cada uno puede destacar en un terreno u otro y que cada persona puede resolver de diferentes modos las tareas. También se indica que las actividades llevadas a cabo en el día pueden resultar divertidas pero que no se debe olvidar que cada persona trabaja de una manera diferente y que a menudo es posible superar obstáculos que parecen insalvables, animándoles a intentar resolver algún reto ante el que puedan sentirse inseguros o que no confían en solucionar.

Después de este tiempo es muy productivo organizar un debate pidiendo a los alumnos que expliquen lo que les haya gustado y lo que no. Se les invita a exponer la manera en que resolvieron los pasatiempos o pruebas, cómo afrontaron las dificultades y cómo se sintieron (satisfechos, entusiasmados, preocupados, etc.), resaltando cómo los alumnos se enfrentaron a los mismos desafíos de diferentes maneras. Se señala que las tareas escolares (escribir textos, hacer exámenes, realizar proyectos,...) se parecen también a estas situaciones, pues cada alumno ha de encontrar su propia manera de llevarlas a cabo. Algunas de ellas aunque parezcan difíciles al principio, se pueden ir superando con esfuerzo, creatividad y paciencia. (Anexos 2 b y 4).

2.7. Las TICs.

El ordenador, a veces, se ha convertido en la propuesta de ingreso más atractiva del aula hospitalaria y se vuelve uno de los mejores aliados a la hora de generar vínculos y relaciones en un entorno aparentemente hostil.

Se utilizan las TICs con una doble vertiente, como instrumento de gestión que favorece la organización y comunicación entre los profesionales y como recursos didácticos para la enseñanza de las áreas del currículo.¹²

Su utilización se lleva a cabo en dos sentidos principalmente: por un lado, para adquirir unas habilidades básicas para el uso de los programas que faciliten ciertas tareas y por otro lado, entender y saber aprovechar las posibilidades que nos ofrecen sus recursos en el ámbito educativo, tanto los propios programas (procesadores de textos, bases de datos, juegos, aplicaciones educativas,...) como los

¹² Las TICs facilitan tanto el envío y recibo de documentación, como las relaciones de los alumnos con los centros escolares así como con sus familiares y amigos.

existentes en la red, todo ello para facilitar la adquisición de conocimientos.

Desde aquellos años noventa del siglo pasado en que fueron pioneras en poder contar con estas nuevas tecnologías en el aula, las posibilidades que ofrecen las TICs en el trabajo del aula son múltiples y se puede decir que gracias a ellas, los alumnos consiguen “salir de su espacio hospitalario”, utilizar el ordenador cualesquiera que sean sus características físicas y patológicas, mediante adaptaciones, aprender de manera lúdica presentando actividades más atractivas, a priori las que utilizan el papel como soporte, continuar en contacto con sus centros de procedencia, etc.

En definitiva, se entiende que los medios técnicos ayudan a favorecer el salto desde el hospital al exterior y la comunicación permanente y enriquecedora que supone una educación de calidad. Se pretende que situaciones que en un principio se visualizan como de desventaja educativa (hospitalización infantil) puedan llegar a convertirse en interesantes experiencias personales de mayor calidad, incluso que las del centro educativo al que habitualmente asiste el alumno/a.

Las TICs se convierten en un medio atractivo fundamental en el aula hospitalaria ya que mientras el niño/a permanece ingresado, el ordenador, es junto con la labor docente, un recurso importante que hace que la vida en el centro hospitalario sea lo más parecida posible a la que llevaba antes de ingresar y sobre todo ayuda en el proceso normal de aprendizaje y socialización. Está comprobado que la integración de videojuegos en las metodologías de aprendizaje en las aulas puede ser una herramienta de gran valor por el alto nivel de motivación de los alumnos, así como por las habilidades que ayudan a desarrollar.

El alumno lleva a cabo un aprendizaje activo, comprende entornos, aprende tomando riesgos, tiene motivación, acentúa sus identidades como elemento de autoestima y autoconocimiento, se

ponen metas alcanzables, es autónomo y es productor e incluso en cierta forma, profesor.

“- *¡Qué bien mamá!, Daniel que es mayor (3ºE.S.O.), nos ha cargado un programa de oficios muy bonito en el ordenador, para Bea y para mí*”, dice entusiasmado Pablo, de 7 años al salir del aula.

La educación a través de las TICs plantea un gran horizonte para el mundo educativo, libre de barreras físicas y temporales, adaptado a las necesidades de los alumnos y basado en la interacción y el aprendizaje cooperativo.

Para utilizar este recurso, en el aula hospitalaria se llevan a cabo actividades sencillas que consisten en la búsqueda de información en la red, de manera adecuada a las posibilidades y edad de los alumnos. Se utilizan y preparan cuestionarios, se pasan documentos, se consultan páginas web, se realizan visitas virtuales, se colabora y participa en los blogs de otras aulas y centros. Todo ello es muy positivo y enriquecedor para el alumno hospitalizado.

Con el fin de optimizar el rendimiento en el uso de las TICs, tanto a nivel educativo, como lúdico se emplean unos criterios generales de trabajo:

- Sacar provecho a la verdadera potencialidad del recurso.
- Integración de las áreas.
- Dar continuidad a las actividades durante el tiempo libre.

- Ponerse en el lugar del alumno que aprende y tener en cuenta las secuencias didácticas a la hora de seleccionar los recursos, independientemente del nivel en el que se encuentren. Participar en algunas actividades y proyectos que surgen de otras aulas hospitalarias y que se utilizan de forma conjunta y participativa. (Anexo 4).

2.8. La expresión plástica, dramática y musical.

La expresión plástica, es un medio más de expresión personal y grupal, donde lo importante, a pesar de lo deseable de un buen resultado, es el proceso creativo y participativo de los alumnos.

En este proceso creativo, las capacidades de los escolares han de intervenir en el máximo grado posible. Sus mentes son las que han de decidir cómo y cuándo, van a “inventar algo”, sin que nadie imponga criterios estéticos y de valoración porque aquí la subjetividad es importante. Dar la posibilidad a los escolares hospitalizados de expresarse a través del desarrollo y potenciación de sus facultades plásticas, significa abrirles campos de expresión y comunicación, que los lleva, además, a facilitar una maduración, una expresión y una exteriorización de sus sentimientos y vivencias, así como a integrarse en el aula. Del mismo modo se potencia el respeto a otros modos de expresión, superando estereotipos y valorando la obra creada.

Además de los materiales básicos para llevar a cabo la expresión plástica (cartulinas, tijeras, pegamento, etc.), en el aula hospitalaria se puede contar con un material específico del ámbito hospitalario y con el que el alumno está familiarizado como son radiografías de desecho, depresores, gasas, algodón,...

La expresión dramática es un área educativa que busca un pleno desarrollo de las competencias expresivas, comunicativas y creativas del individuo.

Este área incide principalmente en los planos afectivo, emocional y social, como potenciadores del desarrollo cognitivo y del desarrollo personal.

En el aula hospitalaria se trabaja la expresión dramática de dos modos importantes: el juego dramático y el teatro. Las dos actividades pueden considerarse de la misma forma pero podemos establecer alguna diferencia. (Anexos 2 y 4).

El juego dramático es un juego simbólico y de expresión. Se realiza con menos preparación, se lleva a cabo bien individualmente o en grupo, expresando libremente sus sentimientos, unidos “al pequeño guión”.

El teatro es un arte escénico basado en una obra, con pocas posibilidades de cambio, en el que interesa el resultado final y se realiza básicamente en un escenario con un vestuario, un decorado, música. En el teatro prima más el espectáculo, lo estético y artístico

Pero de un modo u otro, la expresión dramática, en el aula hospitalaria cumple un gran cometido al permitir relacionarse con los demás, colaborar, expresarse, comunicar afectos, desempeñar roles, controlar emociones, organizar sentimientos, superar miedos y complejos, vivir fantasías, disfrutar...

La música es otra forma de expresión y también de percepción. La música es un lenguaje que utiliza el sonido para expresar el pensamiento, los sentimientos, emociones o ideas y darles a estas expresiones mayor fuerza y también es actividad de escucha activa, que implica sensibilización.

En el aula hospitalaria, siempre teniendo en cuenta las situaciones concretas, la expresión musical potencia la creatividad, la imaginación y la fantasía, por medio no sólo de instrumentos y audiciones musicales, sino aprovechando de forma lúdica y relajada el conocimiento de nuestro cuerpo y las posibilidades de expresión que nos ofrece: la voz, la respiración, las palmas, etc., para trabajar el

ritmo, las secuencias, los tonos, la memoria musical, la concentración, el silencio.

En realidad es difícil separar estas diferentes formas de expresión artística porque en la expresión plástica, la expresión dramática y la expresión musical compartimos la palabra y la voz, el cuerpo, la escucha y la implicación como medios de expresión artística, para lograr el desarrollo de la personalidad del escolar hospitalizado¹³.

2.9. La animación a la lectura.

Todo proyecto para fomentar el hábito lector en el escolar se basa en despertar en éste la curiosidad sobre el universo que se encierra en los libros. La animación a la lectura se lleva a cabo mediante actividades que acerquen al escolar al disfrute, al placer del encuentro con el libro, el relato, el texto escrito.

El periodo de hospitalización es sin duda un buen momento para fomentar la afición a la lectura. Se puede intentar conseguir con múltiples recursos: juegos sencillos, encadenados, rimas, creamos y leemos cuentos, viaje a la biblioteca, colaboraciones con Bibliotecas (Fundación Germán Sánchez Ruipérez, en Salamanca), viaje virtual por la Biblioteca, visitas y entrevistas a autores, crear el periódico escolar (realizado en la casi totalidad de aulas hospitalarias: “Don Clin-Clas”, “7ª Planta”, etc.) participar en el periódico del Hospital (El Clínico de Valladolid) o de la ciudad, Certámenes y Concursos literarios, dramatizaciones teatrales, el reparto de libros en carrito en varios hospitales, etc. (Anexos 2, 4 y 6).

¹³ Son muchas las celebraciones que se preparan en las que se intenta aunar todos estos aspectos indicados, porque además favorecen la participación de la diversidad del alumnado con las posibilidades diferentes de realización de cada uno.

El hábito lector mejora la capacidad de comprensión y expresión del escolar, permite desarrollar sus capacidades emocionales, creativas, intelectuales y salva en muchas ocasiones del aburrimiento y monotonía que conlleva un ingreso hospitalario.

A través de la animación a la lectura el alumno hospitalizado puede: Enriquecer su vocabulario, favorecer la expresión y comprensión oral y la escrita, comentar lecturas, desarrollar la conversación, descubrir la belleza del lenguaje, aumentar los conocimientos, evitar el aburrimiento, fomentar su imaginación, conocer realidades semejantes a la suya, compartir e intercambiar libros, con compañeros o mediante el préstamo de biblioteca.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la animación a la lectura en el aula hospitalaria son:

- Mantener y mejorar las habilidades lecto-escritoras que presente el escolar al incorporarse al aula hospitalaria, mediante la lectura de textos correspondientes a su nivel y la creación de relatos o composiciones escritas.
- Potenciar la creatividad, la imaginación y la fantasía en el escolar hospitalizado.
- Fomentar la expresión artística y el dominio de los mecanismos del lenguaje por medio de juegos, actividades lúdicas, sonoras.
- Utilizar la expresión oral y escrita para comunicar sus vivencias y preocupaciones a los demás compañeros.
- Desarrollar la conciencia crítica realizando fichas y comentando los textos, cuentos o libros leídos.
- Fomentar las relaciones entre los compañeros tanto del aula escolar como entre alumnos de otras aulas ordinarias y hospitalarias.

Los materiales básicos a utilizar son los libros de texto, el cuento y los libros de lectura ilustrados, relatos creados por los escolares y publicados por participar Concursos y Certámenes literarios siempre acordes a la edad y a los intereses del alumno¹⁴.

2.10. El aula hospitalaria como espacio agradable, seguro anímicamente y creativo.

Si en cualquier clase normal es aconsejable conseguir un ambiente positivo y agradable que favorezca los aprendizajes, se puede decir que en el aula escolar es obligado trabajar con optimismo y buen humor.

Se comprueba en las distintas aulas hospitalarias y en los diferentes niveles educativos que para conseguir mejores logros en los objetivos propuestos tanto a nivel curricular, como afectivo, psicológico y social, lo primero que se debe crear es un espacio agradable, que proporcione seguridad y potencie la apertura y creatividad.

El ambiente hospitalario generalmente propicia cierta tendencia al pesimismo y al desánimo, pero la planta de Pediatría y en concreto el aula escolar siendo espacios incluidos en esa estructura hospitalaria seria, llevan implícito un halo de vitalidad y alegría propia de la infancia y la juventud que se debe potenciar y utilizar.

“Aquí se respira alegría y vida”... “esta planta es diferente”... “¡qué a gusto se está aquí...!” “yo quiero trabajar en este aula, no quiero irme de aquí”...Son comentarios del personal sanitario, de otros

¹⁴ Resultan muy atractivas para los escolares hospitalizados, el trabajar la lecto-escritura y el comentario del texto, utilizando las recopilaciones de relatos creados por alumnos que están o han estado en el aula hospitalaria y han vivido experiencias semejantes, resultando reconfortante la identificación de sus situaciones y vivencias con las de otros compañeros.

Servicios y de la gente que acude a la planta de Pediatría y al aula hospitalaria.

El alumno, después de los primeros momentos de tensión, de nervios contagiados a veces por los padres, de experiencia y pruebas dolorosas, encuentra la tranquilidad y el alivio al llegar al aula escolar, se encuentra protegido en ese recinto de actividad escolar y juego.

Aunque al principio, a algunos escolares hospitalizados les cuesta asistir a clase, pronto lo hacen contentos porque para ellos constituye una evasión y les ofrece la posibilidad de *“relacionarse con otros niños”*, comentan con frecuencia los padres de escolares hospitalizados.

La escuela constituye además una ayuda para comprender la enfermedad y aprovechar los valores que ofrece, por difícil que esto parezca. Y es un buen lugar para entablar una amistad que, en muchos casos, durará para siempre. *“Aquí hacemos amigos, aunque menos que en el colegio porque aquí hay generalmente menos niños, pero también porque cada día conoces a alguno nuevo...”* aseguran los chavales.

Los profesores comprueban que los chicos que han pasado una temporada en el aula hospitalaria, la visitan cuando acuden a sus revisiones periódicas en las consultas externas del centro sanitario. *“Esto es muy positivo para los niños que están hospitalizados porque ven que a ellos les sucederá lo mismo”* opina un Doctor.

Ocurre que, gracias a los desvelos de todos por hacerles olvidar que están en un centro sanitario y tratar de llevar el entorno escolar a su nueva situación, los niños llegan a disfrutar de las actividades, de las celebraciones, de hacer amigos nuevos y conservan esta experiencia como diferente y no demasiado mala, incluso alguno *“pide que lo dejen continuar un poco más”*, corroboran los profesores pero continúan diciendo que también *“sin duda, los chicos se alegran cuando reciben la noticia de poder acudir a su colegio de siempre, porque*

en el fondo lo añoran y porque esa noticia supone proseguir de nuevo con su vida, después del paréntesis de hospitalización”

Las aulas hospitalarias acogen a niños afectados por patologías de todo tipo procedentes de todas las áreas pediátricas. Las aulas son luminosas y decoradas con dibujos y animaciones del gusto infanto-juvenil. Varias mesas grandes y pequeñas junto a las de aparatos informáticos son mobiliario preciso en estas aulas. Los pijamas del hospital de estampado y colorido diferente en la actualidad, se convierten en el uniforme del lugar; los goteros, las vendas y las mascarillas -éstas sólo en ocasiones- se muestran como inseparables compañeros de estos pacientes, junto a los libros, mochilas y otro material escolar y lúdico.

Aunque parece extraño a los ojos de los visitantes, se produce una aceptación de aspectos que parecen contradictorios y se hacen compatibles para lograr un clima de acogida de todos y de continuidad vital en las tareas, impregnado de afán de superación.

3. EL ALUMNO ATENDIDO EN EL AULA HOSPITALARIA.

3.1. La complejidad del alumnado.

En las aulas de los hospitales de Castilla y León se atiende a todos los escolares que son ingresados, independientemente de sus características y tiempo de ingreso (hay centros donde se hace de manera selectiva, principalmente en función del tiempo de su ingreso o del nivel educativo en que se encuentre el alumno)

Según fuentes de la Consejería de Educación, de la que depende la gestión de las aulas, durante el Curso 2000-01 el número de alumnos atendidos en las aulas hospitalarias de Castilla y León fue de 3.161, en el curso 2001-02 la cifra se situó en 3.085 y podemos establecer que estas cifras referidas al alumnado atendido por curso en las aulas hospitalarias, se han mantenido estables, en torno a

valores similares a lo largo de estos años. En las instituciones hospitalarias que nos ocupan además, podemos decir que no sólo se refleja una cifra global semejante, sino que se percibe también una continuidad en la distribución de alumnos por etapas. Así el alumnado atendido por curso, correspondiente a la Educación Primaria se viene situando en el 58%, mientras la atención a la Educación Infantil alcanza el 24% y la E.S.O. significa el 17%, correspondiendo el 1% a otras etapas o modalidades escolares.

Se sabe que la Educación Infantil se trata de un periodo escolar no obligatorio, sin embargo desde la Pedagogía hospitalaria se hace necesario intervenir en este grupo de edad y una de las formas más útiles y frecuentes de trabajo en ella es el juego, como técnica que facilita el desarrollo motor y cognitivo, el manejo de habilidades y evitar el aburrimiento, que es elemento amenazante en el hospital.

En la etapa de Educación Secundaria, la Pedagogía hospitalaria además de ofrecer actividades escolares y lúdicas, ha de tener muy presente el hecho de estar trabajando con personas que están en plena adolescencia con la problemática añadida que ello conlleva.

Se ha de destacar que la atención domiciliaria constituye un amplio campo de acción con proyección de futuro, sobre todo si tenemos en cuenta que la duración media de las estancias hospitalarias tiende a reducirse progresivamente. Así, los niños permanecerán menos tiempo ingresados, pero a veces esto conlleva un aumento de tiempo de convalecencia en su domicilio. En nuestra Comunidad se sitúa el porcentaje de alumnado con necesidad de atención domiciliaria, como media por curso escolar en el 2,3%.

En lo que se refiere al tipo de enfermedad y tratamiento médico aplicado, se puede decir que en estos hospitales según la tipología de la población tratada, el mayor porcentaje de escolares hospitalizados atendidos educativamente corresponde a los casos de hospitalizaciones puntuales.

Decimos que el número de niños que son ingresados no ha disminuido y mantiene cifras semejantes en los últimos años; esto se debe a los avances en el diagnóstico y tratamiento preventivo de las enfermedades infanto-juveniles, lo cual lleva asociado una hospitalización. Estos resultados no contradicen, por tanto, la realidad de que se produzca una disminución en la duración media de las estancias pediátricas dentro de las instituciones hospitalarias.

Es lógico pues, que el mayor número de los ingresos que se producen sean puntuales (fracturas, infecciones, observación, cirugías menores, etc.). Aún así, hay que tener muy presente la hospitalización pediátrica, de mayor frecuencia en algunos hospitales concretos de la Comunidad, debido a enfermedades de pronóstico reservado o crónico, población por otro lado más susceptible de experimentar los efectos negativos derivados de la dolencia y de la hospitalización, donde la actuación de la atención educativa debe centrarse de modo especial.

Respecto a las Especialidades hospitalarias que más se atienden, se puede decir que los escolares pertenecientes al Servicio de Pediatría general es el grupo más numeroso, seguido de los procedentes de las especialidades de Cirugías, Traumatologías, Neumología, Digestivo y Neurología destacando en algún centro concreto la atención Oncológica y Psiquiátrica también.

Tabla 18: Porcentajes de especialidades médicas de mayor incidencia en el alumnado

PORCENTAJES MEDIOS REFERIDOS A LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS DE MAYOR INCIDENCIA EN EL ALUMNADO HOSPITALIZADO:			
ESPECIALIDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL
Pediatría	18%	16%	34%
Cirugía	16%	15%	31%
Traumatología	7%	4%	11%
Neumología	4%	3%	7%
Digestivo	3%	2%	5%
Neurología	2%	1%	3%
Resto especialidades	5%	4%	9%

Fuente: Junta de Castilla y León.

La duración de las estancias hospitalarias suele variar mucho dependiendo del grado de la dolencia y especialidad médica, pero se puede establecer en general la duración media de la estancia en 5 días, siendo significativas las estancias correspondientes a ingresos “intermitentes” e incluso de Hospital de día. El porcentaje de estancias cortas se sitúa en un 94%, las estancias medias representan el 4%, situándose las largas en el 2%.

La variable niño/niña presenta un porcentaje muy semejante, aunque los valores correspondientes al sexo masculino, alcanzan un índice algo superior, suponiendo un 52% frente al 48% del sexo femenino.

Por lugar de procedencia vemos que los ingresos de zona urbana suponen el 70 % del alumnado, mientras que los ingresos de zona rural significan el 30%, del total.

Los escolares de etnia gitana atendidos, siguen presentando un porcentaje similar en los cursos, próximo al 10% y los inmigrantes o pertenecientes a otras etnias, representan un 8% sobre la población atendida en aula hospitalaria. Estos porcentajes son similares a los que representan estas minorías con respecto a la población general.

Los alumnos pertenecientes a centros públicos representan un 68%, frente a los pertenecientes a centros concertados que se puede establecer en el 32% del alumnado atendido. Cifras semejantes a la distribución de la población escolar en general.

En cuanto al establecimiento del horario continuado, parece existir una opinión generalizada sobre su conveniencia, por adaptarse bien a la actividad del hospital.

La población infanto-juvenil que se atiende en estos centros hospitalarios, pertenecen lógicamente a familias de los más variados niveles socioculturales y económicos que “conviven” y “comparten” habitación y aula en el hospital, no existiendo generalmente problemas en las relaciones.

La tolerancia, la aceptación, el respeto y la integración existen aquí y puede experimentarse en vivo, en forma de ayuda y colaboración, por cuanto el elemento unificador es la dolencia y hace que afloren sentimientos y emociones positivas, (nunca de compasión), dando lugar a la empatía y a la generosidad, factores sumamente importantes por la trascendencia que ello tiene de cara a lograr un desarrollo educativo íntegro con nuestros alumnos.

Los profesores tienen muy presentes las características y preocupaciones típicas de los diferentes estadios evolutivos del escolar hospitalizado que atienden en las aulas. Así se pueden observar diferentes comportamientos que, según el momento evolutivo en el que se encuentren y, siempre de un modo general, se pueden llegar a manifestar en un escolar paciente durante su proceso de enfermedad u hospitalización:

En el período de edad comprendido entre *los tres y los seis años*, los niños reclaman una gran necesidad de muestras de afecto y cercanía por parte de las figuras de apego y van demandando una mayor participación por su parte dentro de la familia, debido a la necesidad de construcción de su propia identidad.

Para un niño de esta edad es complejo afrontar la enfermedad debido a que tiene una limitada comprensión del funcionamiento del cuerpo humano. Este desconocimiento puede dar lugar a la aparición de determinados miedos. Así, por ejemplo, el introducir cualquier objeto en su cuerpo, como pueden ser las vías, las inyecciones..., la angustia del niño hacia ellos puede venir motivada, más que por el miedo al pinchazo, por un desconocimiento que le lleva a pensar que puede quedarse sin sangre suficiente, que se queda sin una parte del cuerpo...Pudiendo generar así, frecuentes situaciones de angustia durante procesos médicos que, en principio, los adultos no percibiríamos que le pudieran afectar en tal medida.

Así Lorena de 6 años le pregunta a la enfermera a la hora de extraerle sangre para realizar la analítica:

“Ana, aunque me saques toda esa jeringa llena de sangre tengo mucha más, no vas a dejarme sin nada dentro ¿vedad?...”

Es importante durante esta etapa:

Proporcionar por parte de todas aquellas personas que rodean a los chicos la información adecuada para que éstos tengan una mayor comprensión de todo lo relativo a su enfermedad. Así se obtendrá por su parte una mejor reacción ante determinadas situaciones al entender el porqué de estar encamados, el motivo de la medicación, la importancia de evitar el movimiento a la hora de realizar determinadas pruebas médicas..., dado que el menor no entiende por sí mismo los efectos positivos que estas acciones puedan producir en su enfermedad.

Contribuir a un mejor entendimiento por parte de los padres y personal hospitalario de la lógica de pensamiento que tienen los niños de estas edades, muy diferente a la de los adultos. En estas edades se concibe que todo tenga una explicación, por lo cual necesitan y demandan constantemente información del "porqué" de todas las cosas. No dar respuesta a determinadas preguntas, a pesar de la complejidad de la respuesta en determinadas ocasiones, puede generar el sentimiento de que algo se les está ocultando ya que para ellos toda acción tiene su "porqué".

Favorecer en el niño la toma de decisiones y la realización de elecciones, dado que es característico de esta etapa el hecho de que comience a planificar actividades que le permitan adaptarse y ajustarse a su entorno.

Favorecer por parte de las diferentes personas que rodean al escolar, un refuerzo de todas aquellas habilidades donde éste ya había conseguido cierta competencia antes de su enfermedad u hospitalización. Este aspecto es de gran importancia dado que pueden aparecer retrocesos como consecuencia de un incremento de la sobreprotección familiar durante la estancia hospitalaria, pudiendo provocar que el menor demande un mayor grado de

atención y su nivel de dependencia se incrementa, impidiendo de este modo su correcto desarrollo evolutivo. Volver a mojar la cama, chupar el dedo, hablar incorrectamente pueden ser buenos ejemplos de ello.

Los escolares, *de siete a once años*, tienen una gran necesidad de relacionarse con sus iguales así como de ir poco a poco estableciendo mayor número de relaciones fuera del entorno familiar. Tanto el desarrollo de las habilidades sociales como el desarrollo de las habilidades académicas constituyen dos de los factores de mayor importancia durante esta etapa evolutiva.

El logro o fracaso de la adquisición de las mismas puede provocar que se generen sentimientos de seguridad o inferioridad en el niño respectivamente. Esto incide notablemente en los niños con una enfermedad crónica dado que puede influir decisivamente interrumpiendo el desarrollo de las relaciones y de sus actividades y pudiendo dar lugar en determinados casos a logros académicos pobres debido a ausencias escolares prolongadas o frecuentes. Durante esta etapa ya se va adquiriendo una mayor comprensión de la enfermedad que incidirá a su vez en una mayor adaptación al contexto hospitalario. El escolar adquiere igualmente una mayor capacidad de reflexionar sobre las distintas normas establecidas. Todo ello se verá favorecido en la medida en la que haya sido preparado para esta nueva situación y entorno.

Es importante durante esta etapa:

- ♦ Posibilitar el desarrollo del aprendizaje y de las tareas educativas durante la permanencia en el hospital, a través de la realización de actividades que se adapten a la situación psico-física del niño. Con ello lo que se pretende es evitar la ansiedad que puede producir el miedo al fracaso cuando se incorpore nuevamente al colegio, además de combatir el aburrimiento que la hospitalización provoca y su correcto desarrollo intelectual.

- ♦ Favorecer la realización de actividades que permitan la relación con los iguales, además de las visitas de amigos y amigas, mensajes, videoconferencia...
- ♦ Proporcionar por parte de los familiares un clima que favorezca su independencia y que le permita sentirse activo
- ♦ Favorecer la comprensión por parte de la familia de determinadas conductas por parte del niño como puede ser el incremento del pudor y de la necesidad de intimidad ante determinadas pruebas médicas o situaciones que se puedan dar en este sentido dentro del contexto hospitalario.

De los *doce a los dieciséis años*, los escolares experimentan cambios físicos importantes, que pueden influir en una especial preocupación por su imagen corporal y por su identidad sexual. Esto incide en el hecho de que cuando una enfermedad afecta al funcionamiento corporal o a la imagen física, puede dar lugar a una inseguridad o a una negativa formación de su identidad.

En esta etapa es probable que el adolescente busque una mayor independencia con respecto a sus padres, aumentando la necesidad de un mayor contacto con el grupo de iguales.

Otra característica de esta etapa es la capacidad de razonamiento abstracto y la capacidad de realizar hipótesis, permitiendo la resolución de situaciones y acciones concretas, por ello en este momento se da una correcta comprensión de las características de los distintos órganos y partes del cuerpo, así como de su funcionamiento.

Es importante durante esta etapa:

- ♦ Respetar y entender la relevancia que tienen los amigos, para lo que se han de fomentar actividades de interacción con los iguales más significativos debido a la importancia que para ellos y ellas tiene el informarse de todos aquellos acontecimientos que ocurren en el exterior del hospital.
- ♦ Comprender la importancia y preocupación que para ellos pueden suponer las secuelas de una enfermedad en su imagen física y funcionamiento corporal, pudiendo darse así situaciones de una mayor preocupación ante la pérdida de pelo que ante la gravedad de la enfermedad en sí.
- ♦ Favorecer su autoestima y confianza con el fin de combatir el miedo que pueden provocar las diferencias físicas producidas por una enfermedad en el proceso de relación con sus iguales, especialmente en la relación de vínculos de pareja y en la adquisición de una imagen positiva de sí mismos.
- ♦ Dar la información adecuada con respecto a la enfermedad. En estas edades al tener una gran capacidad de entender la situación de su enfermedad, es frecuente que aparezcan miedos, como puede ser la angustia respecto a la pérdida de control y autonomía, miedo a la muerte, Es importante conversar con ellos y permitir que exterioricen estos miedos, dado que al comentarlos pueden sentirse más aliviados.

Según la edad del escolar pues, la familia y la dolencia, se puede decir que vamos a encontrar en el alumno “situaciones de reacción normal” frente a la hospitalización y “situaciones de reacción grave”.

Cuando las circunstancias que rodean al escolar hospitalizado producen angustia, ansiedad, desmotivación, aburrimiento, etc., es necesario emplear una serie de técnicas encaminadas a fomentar en estos niños sus habilidades y capacidades de expresión, de

creatividad, que hagan posible liberar sus miedos y temores y del mismo modo crear un clima propicio para el *intercambio de experiencias* entre los diferentes alumnos hospitalizados.

Al alumno hay que acercarse con mucho tacto, teniendo en cuenta sus circunstancias y su entorno familiar. Suele darse un tiempo para generar en la relación profesional un vínculo de conocimiento, respeto y confianza mutua, que permite que la información fluya progresivamente en función de la receptividad, de su evolución y del momento concreto del proceso de la enfermedad. Es conveniente también que la familia, involucrada en el mismo proceso, se le ofrezca hacerle participe, pudiendo liberar así sus temores.

Elemento importante también a tener en cuenta en la actuación educativa es el tipo de estancia que se establece en los siguientes grupos:

- Niños de corta hospitalización (hasta 7 días).
- Niños de una hospitalización media (entre 7 y 15 días)
- Niños de larga hospitalización (más de 15 días).
- Niños de ingreso intermitente y atendidos en el Hospital de Día
- Niños encamados que no pueden desplazarse al aula.

Se puede decir aquí que el aula hospitalaria cumple perfectamente su papel educador al no limitarse a desarrollar únicamente las capacidades intelectuales del alumno sino que teniendo en cuenta cada situación personal y de salud, contribuye a superar las limitaciones y desventajas que puedan existir y a desarrollar de manera integral todas las dimensiones de la persona en su faceta individual y social, para hacer que el escolar paciente se sienta una persona capaz de continuar con sus responsabilidades y asumir nuevas situaciones, para conseguir sus proyectos.

Una adecuada actividad pedagógica de aula, insisten los profesores de aulas hospitalarias, puede ayudar a transformar de alguna forma la hospitalización en una experiencia constructiva y educativa. Esto ocurre cuando las personas que atienden con funciones educativas al niño son conscientes de que el alumno precisa de su familia, del juego, de la educación y, especialmente, precisa de obtener en todo momento la oportunidad de expresión y comunicación de lo que está viviendo. De manera que el contenido formativo, lúdico y artístico de las actividades que constituyen las prácticas pedagógicas en las aulas hospitalarias, no solo proporciona bienestar psicológico y salud, sino que también tiene trascendencia en la vida de los niños y de las familias, en el sentido de que el arte y los espacios de creación lúdicos abren un mundo de experiencias a las que los niños hospitalizados no están habituados. Así mismo, permiten compartir con otros niños y expresarse con algo creado por ellos mismos, (concursos de relatos, el periódico, la revista, teatro, pinturas, mímica, modelado, etc.). Ver Anexos 2, 4 y 5.

3.2. El apoyo y ayuda entre compañeros (la empatía y la mediación)

En el aula hospitalaria se trata de conseguir el apoyo y ayuda entre compañeros, teniendo en cuenta la importancia de la empatía y la mediación.

La empatía o capacidad para ponerse en el lugar de los otros compañeros no es solo una de las principales motivaciones para la solidaridad sino que constituye también una importantísima fuente de información para comprendernos a nosotros mismos y comprender a los demás.

Se tiene presente en el aula hospitalaria cómo va evolucionando con la edad, la capacidad de adopción de perspectivas del alumno, de ponerse en el lugar de los demás, (aunque conviene tener en cuenta que existen importantes diferencias individuales) y nos fijamos en los cinco estadios que describió R. Selman (1980):

- La perspectiva egocéntrica (hasta los 6 años aproximadamente) en la que el niño tiene conciencia entre el yo y el otro, pero no llega a distinguir las perspectivas personales, ni lo subjetivo de lo objetivo. Ve a las personas como entidades físicas. Por eso describe las diferencias entre las personas en términos de tamaño y fuerza.

“A mí me han puesto una venda más grande, como la de Daniel que es grande”...comenta Hugo de 6 años, mientras observa su vendaje y lo compara con el que lleva colocado su compañero de habitación, Daniel de 12 años.

- La perspectiva subjetiva (de los 7 a los 10 años aproximadamente), ya reconoce la existencia de perspectivas personales subjetivas y, por tanto que el otro puede ver las cosas de forma diferente a él. El niño se identifica con el punto de vista de sus padres u otras figuras de autoridad y justifica la obediencia porque cree que ellos saben más.

“Es que dice mamá que me ponga la mascarilla y no me siente al lado de Iván porque no me puede pegar el resfriado y estoy bajo de defensas...”, dice Igor de 8 años al entrar al aula.

- La perspectiva auto-reflexiva, a partir de los 10 años, puede ya coordinar su propia perspectiva y la del otro pero sin ir más allá. Admite que los adultos no siempre tienen razón y por ello rechaza la obediencia absoluta.

Andrés de diez años, cuando entra la enfermera a inyectarle el calmante en la vía, dice:

“Por favor Ana, espera un segundo que apoyo el brazo y lo sujeto bien recto porque así noto que me escuece menos al pasar el líquido...”

- La perspectiva mutua, a partir de los 14 años, comprende que él y el otro pueden asumir la perspectiva de una tercera persona, de

un observador parcial. La función de los padres es proporcionar apoyo psicológico al hijo, manifestando tolerancia y respeto.

“Alba y yo hemos dicho a nuestros padres que no se preocupen si llegan algo más tarde al hospital, porque cuando salgamos del cole, como estamos en la misma habitación, las dos podemos ayudarnos y comemos bien solas”...dice Lidia, de 2º de la E.S.O., a la profesora del aula.

•La perspectiva sociológica, a partir de los 18 años, va más allá de la perspectiva mutua para situarla en el marco del sistema social, para adoptar el papel de otro generalizado, independientemente de su posición y experiencia.

Ángel de 1º de Bachiller, aún medio sedado, después de ser intervenido quirúrgicamente, abre los ojos y al ver a su padre le dice:

“Pero ¿qué hora es?... ¿Qué haces aquí?... Vete a tu trabajo que a mí ya me atienden aquí...”

La mediación entre compañeros, la ayuda entre iguales, se entiende como un cambio en las relaciones, basándose en la creación de un clima efectivo de confianza y ayuda mutua a través de buenos canales de comunicación que, desde la escucha activa, genera alternativas en todo el proceso educativo y contribuye así, a través del mutuo reconocimiento de las personas, sus necesidades e intereses, a la construcción de la convivencia y la superación de dificultades.

La colaboración y el apoyo entre compañeros resultan muy eficaces a la hora de prevenir y corregir el desarrollo de ciertas conductas antisociales y agresivas entre el alumnado, pero en las aulas el objetivo de los niños y jóvenes participantes consiste en ofrecer apoyo emocional y amistad a los compañeros que estén en situación de necesitarlo por su dolencia.

Así: Lucía, una alumna de 4º de Primaria ha sido intervenida quirúrgicamente de una apendicitis y no quiere salir de la cama pues

tiene miedo a moverse, pero Cristina, su compañera de habitación de 5º de Primaria, que lleva varios días en el hospital está esperando ansiosamente la hora de ir al aula escolar y en un momento anima a Lucia a acudir con ella: ... *“Vamos anda, no seas quejica que yo te ayudaré a llevar el suero y así podemos pasar mejor la mañana y además yo puedo hacer los deberes que tengo, ya verás...; tus padres y los míos se pueden ir y luego vuelven y les contamos lo que hemos hecho y a la tarde podemos ver esa peli que me ha regalado mi tía y...”*

Todos los profesores pueden establecer y reforzar indirectamente los valores cooperativos en el curso de las actividades cotidianas de clase y generalmente se establecen sistemas de apoyo entre compañeros como medio para promover los valores pro-sociales y crear ocasiones de conductas acogedoras hacia los alumnos más vulnerables o que parecen más aislados dentro del grupo.

En las aulas hospitalarias, los resultados obtenidos indican que donde mejor se desarrollan los sistemas de apoyo entre compañeros es en estos contextos en los que se establece un método de trabajo cooperativo; por ejemplo, en estas clases, en las que el trabajo en grupo constituye una característica habitual de la actividad que se desarrolla en el aula y en las que se insiste en los valores de coparticipación, confianza y reciprocidad. No obstante, la preparación de niños y jóvenes seleccionados para apoyar a los compañeros promueve una intervención más directa.

La intervención y la mediación tienen sus propias características peculiares y más tratándose de un aula peculiar como es el aula hospitalaria, pero hay que ofrecer vías de comunicación claras y auténticas entre los alumnos que están en situación de dar y recibir, implicados en la situación de hospitalización. Todas las intervenciones parten de la base de que los mismos alumnos tienen capacidad para asumir una función útil en relación con los compañeros que tienen dificultades, sobre todo cuando éstas se extreman a causa de los temores inherentes

Las técnicas para mediar en los casos necesarios son: escucha activa, expresión de sentimientos, clarificación del significado mediante términos claros y carentes de ambigüedad, sensibilidad adecuada con respecto al significado de la comunicación no verbal y diferentes formas de hacer preguntas y resolver dudas tanto a nivel personal de sentimientos como en el apoyo propiamente de tareas escolares.

Los compañeros en el aula hospitalaria, han de fijarse en los sentimientos revelados en las palabras, su escucha activa con tacto y sensibilidad ha de promover la autoestima, restar miedos y temores, manifestando empatía con respecto a los sentimientos de la otra persona y desarrollo de un vocabulario relativo a los estados emocionales, facilitando los cambios y las nuevas amistades de grupo y solucionando problemas como la soledad o el rechazo a la nueva experiencia.

Carlos ha llegado de un pueblo de Segovia, es de 5º de Primaria y le cuesta integrarse, va a pasar unos días en el hospital mientras le preparan para una operación. Acude al aula, participa en silencio, pero aunque tiene dificultad con un tema de matemáticas, no se atreve a preguntarlo.

Otro compañero, Oscar, de 6º de Primaria comienza a hablar con él sobre su pueblo, su colegio y los exámenes que tiene próximamente fijados; entonces Carlos va abriéndose también, toma confianza y expresa su preocupación por el examen de Matemáticas, ya que no entiende los temas por haber faltado a clase cuando la profesora los explicó.

Oscar, le anima, le dice que no se preocupe, se lo cuenta a la profesora y le pide que le deje “ayudar a Carlos con los ejercicios de Matemáticas porque a él justamente esos temas se le dan muy bien”... nos comenta una profesora del aula.

Los beneficios de la mediación repercuten tanto en el escolar que necesitando ayuda, la recibe, como para el que ayuda, pues los

niños y adolescentes no se limitan a ser meros espectadores sino que aprenden a ser responsables para ayudar a los compañeros que tienen dificultades.

En general, los alumnos que prestan ayuda suelen afirmar que la participación en estos programas les proporciona grandes beneficios personales. Las ventajas que se mencionan con mayor frecuencia son una mayor confianza en sí mismos, la sensación de pertenencia a un equipo, un acrecentado sentido de la responsabilidad y la convicción de que están contribuyendo positivamente a la vida del grupo del aula, mediante la experiencia de organizar y apoyar a otros alumnos mientras el profesor ayuda a otro grupo de diferente ciclo, les da confianza en sí mismos y una sensación de valía personal. Los profesores de aulas hospitalarias también confirman estos beneficios.

Alba de 4º de Primaria dice al profesor: *“pido permiso para poder colocarme en la mesa del cole al lado de Juan de 5 años, porque así estará tranquilo ya que yo puedo ayudarlo a subir la sujeción del brazo cada vez que se le deslice al escribir...”*

La evaluación de la función de las intervenciones de ayuda de los compañeros en la reducción del malestar en todos los ambientes escolares hospitalarios tiene una importancia fundamental, sobre todo en aquellos casos de reticencia del alumno o de la familia, en los primeros momentos de ingreso en el hospital.

“A Lucía ya no le duele la tripa ni tiene náuseas desde que Patricia es su compañera en el cole... y está trabajando con ella”, afirma la mamá de Lucía.

Los alumnos después de esta experiencia, destacan que mostrar amabilidad o consideración hacia otros compañeros no requiere gran esfuerzo, un poco de reflexión y se demuestra que uno es capaz de hacer con otros compañeros acciones como: enseñar algo construido, cantar, hacer teatro, mostrar dibujos, confeccionar una tabla, resolver un problema, recitar un poema, disfrazarse, etc. El día

en que consiguen mostrar estas habilidades en el grupo, el alumno ya no siente vergüenza por revelar sus sentimientos, sus aficiones, sus gustos y se ha conseguido establecer una auténtica amistad entre los alumnos y mermar la preocupación por sus dolencias, aliviando su sensación de “enfermo, incapacitado” para sentirse “útil y capaz”.

También este apoyo queda patente en las conexiones llevadas a cabo por internet, con alumnos que cuentan con Atención domiciliaria.¹⁵

3.3. Temas y vivencias vertebradoras de la dinámica del proceso de desarrollo del escolar.

En el plan general de trabajo anual de las aulas hospitalarias se hace referencia de forma prioritaria a la continuidad del currículo escolar, pero no se puede obviar la situación especial en la que se encuentra el alumno hospitalizado y por ello y avalados por los resultados obtenidos durante muchos cursos, se considera que es adecuado mantener en el Plan de trabajo la estructura basada en los proyectos semanales de trabajo, de manera que sea un elemento vertebrador en la dinámica del aula y a la vez permite trabajar de modo individualizado y grupal, para conseguir inculcar en el alumno la satisfacción por aprender en cualquier circunstancia de su vida y posibilitar manifestar sus vivencias y sentimientos.

Estos contenidos, son contenidos de enseñanza-aprendizaje sin referencia directa o exclusiva a ningún área curricular concreta, ni a una edad o etapa educativa particular, sino que afectan a todas ellas, desarrollándose a lo largo de toda la escolaridad obligatoria, aludiendo directamente a la educación en valores y responden a realidades de especial relevancia para la vida de las personas y de la sociedad.

¹⁵ Así tenemos el caso que nos presenta: LORENZO DELGADO, M. y LÓPEZ MARTÍN, A. (2008).

Se considera que el aprendizaje de estos contenidos transversales pretende conseguir las siguientes finalidades:

- 1ª. Localizar y criticar los aspectos injustos de la realidad cotidiana y de las normas vigentes.
- 2ª. Diseñar formas de vida más justas en el plano personal y social.
- 3ª. Elaborar autónoma, racional y democráticamente los principios generales de valor que ayuden a enjuiciar la realidad de forma crítica y con justicia.
- 4ª. Facultar a los jóvenes para adquirir comportamientos coherentes con las normas elaboradas por ellos mismos y con las dadas por la sociedad democráticamente, buscando la justicia y el bienestar social.

Las líneas maestras de intervención de los diferentes contenidos transversales pueden ser las siguientes:

Educación para la convivencia:

- El respeto a la autonomía de los demás.
- El diálogo como forma de solución de problemas y diferencias.

Educación para la paz:

- Generar posiciones de defensa de la paz mediante el conocimiento de personas e instituciones significativas.
- Preferir la solución dialogada de conflictos

Educación para la salud: Dada la ubicación de las aulas, se considera oportuno dar mayor relevancia a este tema transversal, estableciendo como objetivos:

- Adquirir un conocimiento progresivo del cuerpo, de sus principales anomalías y enfermedades y de la forma de prevenirlas y curarlas.
- Desarrollar hábitos de salud.

Dichos objetivos se intentan alcanzar a través, entre otros, de los siguientes contenidos:

1. Limpieza e higiene personal
2. Actividad y descanso (el ruido)
3. Crecimiento y desarrollo físico.
4. Alimentación y nutrición.
5. Prevención y control de enfermedades.
6. Seguridad.
7. Salud sexual.
8. Salud y medio.
9. Educación sobre las drogas(E.S.O.)

Educación para el consumo:

- Adquirir esquemas de decisión que consideren todas las alternativas y efectos individuales y sociales del consumo.
- Desarrollar un conocimiento de los mecanismos del mercado, así como de los derechos del consumidor

Educación para la igualdad entre sexos:

- Desarrollar la autoestima y concepción del propio cuerpo como expresión de la personalidad.
- Analizar críticamente la realidad y corregir juicios sexistas.
- Consolidar hábitos no discriminatorios.

Educación ambiental:

- Comprensión de los principales problemas ambientales.
- Responsabilidad ante el medio ambiente.

Educación sexual:

- Adquirir información suficiente y científica de todos los aspectos relativos a la sexualidad.

- Consolidar actitudes de naturalidad en el tratamiento de temas relacionados con la sexualidad.

Educación vial:

- Sensibilidad ante los accidentes de tráfico.
- Adquirir conductas y hábitos de seguridad vial.

Educación para Europa:

- Adquirir una cultura de referencia europea en geografía, historia, lenguas, instituciones, etc.
- Desarrollar la conciencia de identidad europea.

Educación intercultural:

- Despertar el interés por conocer otras culturas diferentes.
- Desarrollar actitudes de respeto y colaboración con otras culturas.

En suma, estos contenidos pretenden conseguir los siguientes objetivos:

1º. Desarrollar el juicio moral a través de la formación de capacidades y desarrollo de competencias que permitan reflexionar sobre los conflictos de valores que puedan presentarse y resolverlos adecuadamente.

2º. Adquirir los conocimientos necesarios para poder enjuiciar críticamente los diferentes hechos, situaciones... que suceden a su alrededor.

3º. Formar capacidades para hacer coherente el juicio y la acción moral.

Están formados por los siguientes proyectos semanales de trabajo que, como hemos indicado, pretenden ser recursos educativos para fechas señaladas del calendario escolar, abarcando todas las etapas del sistema educativo, desde Infantil hasta Secundaria.

Aquí internet vuelve a ser un medio vivo y actual, que aporta recursos caracterizados por su inmediatez y utilidad. Con ello se puede encontrar: Artículos, documentos y recursos relacionados con los días o semanas más destacados del calendario escolar y también Monográficos centrados en un tema en particular (la inmigración, los desastres naturales, taller de poesía, el medio ambiente, etc.).

Tabla 20: Proyectos semanales de trabajo.

Septiembre	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Ferias y fiestas en la ciudad. 2.-Tenemos tiempo para leer. Colección de lecturas. 3.- El otoño.
Octubre	<ol style="list-style-type: none"> 1.- El cuerpo humano. 2.-El correo y la comunicación. 3.- La alimentación y salud. 4.- Literatura fantástica.
Noviembre	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Nos visita el museo. 2.- la ilustración en la literatura. 3.- Derechos del niño. 4.- La salud del planeta tierra.
Diciembre	<ol style="list-style-type: none"> 1.- La constitución. 2.- El invierno. 3.- Preparamos la Navidad.
Enero	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Nuestro entorno. 2.- Conocemos a un escritor. 3.- Semana de la paz.
Febrero	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Unidades de medida. 2.-Carnavales. 3.- Artes escénicas. 4.- Las profesiones.
Marzo	<ol style="list-style-type: none"> 1.- El consumo. 2.- Reino animal. 3.- La primavera. 4.- Somos periodistas. 5.- Semana Santa
Abril	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Diferentes culturas 2.- Castilla y León. 3.- El libro.
Mayo	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Deporte y salud. 2.- Educación vial 3.- El agua, fuente de vida. 4.- Relato corto.
Junio	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Tradiciones de nuestra región 2.- El verano 3.- Vacaciones.

En estos trabajos, desarrollados individual o principalmente en grupo, se tienen en cuenta las diferencias por edades en las actividades:

El primer paso consiste en evaluar los conocimientos previos sobre el tema, en una charla distendida donde cada uno aportará algo al grupo. Después se pasa a la investigación, se busca información en libros, revistas, páginas Web, con la familia y finalmente se plasma en trabajos murales, artículos, actividades plásticas.

Se tiene un ejemplo, de la visión de diferentes alumnos de distintos niveles sobre el trabajo referido al Cuidado de nuestro planeta:

“Nos encanta el arreglo del mundo que hemos hecho desde distintas edades sobre el reciclado de materiales, ha sido una maravilla y... ¡qué bonito el mural!...”, dice Carmen de 1º de E.S.O a Irene de 6º de Primaria.

“Pues, a mí me ha gustado muchísimo la película de la “Trucha” que vivía en el río y se contaminó...pobrecita, ¡ya sabemos lo que hay que hacer!...dice Claudia de 2º de Primaria.

Javier de 4º de Primaria, dice: *“A mí me ha gustado ver en internet la vida de la trucha, cómo vive, cómo se reproduce, de qué se alimenta...y cuidar nuestro mundo, con la aportación de todos...”*

Laura de 3º de Educación Infantil muestra a sus papás orgullosa su dibujo: *...”mirad qué bonita me ha quedado la trucha con sus escamas brillantes, después de curarse en el hospital y ya puede volver al río porque los niños lo han limpiado y puede vivir allí contenta”*

3.4. Apoyo de tutores, personal médico, trabajador social, amigos.

Las actuaciones que lleva a cabo el profesor del aula hospitalaria pretenden dar continuidad a las actividades educativas y

potenciar las relaciones del alumno hospitalizado con sus ámbitos de referencia como medio de normalización de su situación vital.

En este sentido, para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado de larga y media hospitalización, el profesorado de estas unidades establece un primer contacto con el centro de cada alumno o alumna para solicitar información relativa a su nivel de competencia curricular en las distintas áreas y sobre la programación general del aula en que está escolarizado. Esta información orientará el diseño y desarrollo del plan de trabajo individual del alumno en el período de hospitalización y evitará la marginación del escolar de su clase y centro escolar de origen.

De gran importancia en el conocimiento y seguimiento del alumno hospitalizado es la información ofrecida por el personal sanitario (médicos, enfermeras y auxiliares), ya que de ellos depende en último extremo la decisión de que el niño asista o no a clase: atendiendo a su estado de salud; el tipo de enfermedad que tiene (si es contagiosa o no); las posibilidades de desplazarse, etc.

Con el personal sanitario del centro hospitalario, se intercambia información sobre la situación del alumnado, se planifican los horarios de atención docente y colaboran en el desarrollo de actividades relativas a la formación sanitaria del alumnado y de sus familias, así como en las celebraciones puntuales que se llevan a cabo en la planta. (Anexo 4 a).

En el ámbito escolar, en Pediatría, un trabajador social puede tratar con los niños y su familia cuestiones sociales precisas para ayudar a solucionar ciertas problemáticas surgidas con motivo de la hospitalización del escolar.

Los trabajadores sociales en el aula hospitalaria ofrecen una gama de valiosos servicios, en relación con la situación concreta del escolar con problemática social; proporcionan asesoría y asistencia a las familias que luchan con la enfermedad o lesión y con frecuencia son la mejor fuente de información con respecto a las ayudas

financieras, los servicios comunitarios que pueden ser precisos durante o después de un ingreso hospitalario.

El Trabajador Social comunica al profesor del aula hospitalaria que ha llegado a su despacho una madre con su hija de 5 años que va a ingresar, trasladada desde otra provincia, para que la niña reciba un tratamiento médico y además de las prestaciones sociales a que puede acceder, hay que informarle sobre las posibilidades de apoyo escolar, por lo que la profesora pasa los datos a la Asesora de Atención a la diversidad, del Área de Programas de la Dirección Provincial de Educación.

Los amigos son un elemento importante para la recuperación del escolar. Las visitas, permitidas según la edad y las circunstancias y la comunicación entre alumno hospitalizado y compañeros amigos, bien de forma telefónica o a través de las nuevas tecnologías, son cauces que posibilitan dar continuidad a las tareas y relaciones que el escolar llevaba a cabo antes de su ingreso hospitalario.

Un apoyo importante, también, es el que procuran las asociaciones y entidades que desarrollan acciones en el ámbito hospitalario, colaborando en actividades extraescolares de ocio, tiempo libre y en las actividades complementarias. La misión del profesor de aula hospitalaria es en estos casos de coordinación para hacer encajar las actuaciones externas propuestas con la programación y dinámica establecida para el aula escolar, de modo que se produzca un aprovechamiento mayor de las actuaciones en beneficio del escolar hospitalizado. Anexo 6.

3.5. La importancia de las emociones en el aprendizaje del aula hospitalaria.

No se puede olvidar la importancia de las emociones en el aprendizaje de los alumnos. La sonrisa, el sentido del humor, los comentarios positivos, la cercanía,... también son necesarios para aprender mejor.

En el aula hospitalaria se tiene muy en cuenta la expresión de las emociones, (Anexo 6), porque ellas son los indicadores que permiten conocer el estado del escolar hospitalizado y por tanto abordar la dinámica escolar, de modo apropiado.

Como educadores conviene recordar que los circuitos emocionales son esculpidos por la experiencia a lo largo de toda la infancia (Goleman)... *Vamos a representar un cuento, una fábula y pregunto a los chicos cómo quieren repartirse los personajes. Siempre, los más atrevidos eligen los personajes más fuertes, más valientes y quieren ser “los padres”, “los jefes”, proteger a los más pequeños, a los débiles, cuidarlos;... y se cumple que los más tímidos, están de acuerdo con esa elección y prefieren representar y expresar los sentimientos y emociones con expresiones de miedo, llanto,....* dice una profesora de aula hospitalaria.

En el ámbito educativo las palabras educación, conocimientos, inteligencia, evaluación... tienen un significado propio, conocido por todos. La inteligencia se ha interpretado como una de las mejores cualidades para augurar el éxito escolar. Pero en esta realidad se es consciente de que falta algo, quizá más sutil, más desconocido pero que también es importante cuando lo que se pretende es contribuir desde la escuela al desarrollo personal e integral de nuestros alumnos. Podemos constatar que la inteligencia académica no es suficiente para alcanzar el éxito profesional o que en nuestra vida cotidiana, también se requieren ciertas habilidades que forman parte de la inteligencia emocional.

En las aulas hospitalarias se trabajan los conceptos relacionados con las emociones, obligatorios teniendo en cuenta las peculiaridades y necesidades de ese ámbito de actuación. Gracias a la información y a la reflexión sobre el quehacer de cada día, podemos aportar nuevas actividades, nuevas estrategias, nuevas perspectivas que mejoren la práctica profesional.

Se tiene en cuenta la Teoría Emocional de Mayer y Salovey (1990), centrada en el procesamiento emocional de la información y

en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento, donde se define IE (inteligencia emocional) como la habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás.

También según Daniel Goleman, la inteligencia emocional (IE) es como la llave de acceso a cualquier otra inteligencia pues si no se quiere aprender, no se aprenderá. Define IE como la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos. La IE es la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, controlar los impulsos, diferir las gratificaciones, regular nuestro propio estado de ánimo y evitar que la angustia interfiera nuestras facultades racionales y la capacidad de empatizar y confiar en los demás.

La Inteligencia Emocional, un término acuñado por estos dos psicólogos de la Universidad de Yale (Peter Salovey y John Mayer) y difundida mundialmente por el psicólogo, filósofo y periodista Daniel Goleman, es la capacidad de: sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos. Y esto para las actuaciones en el ámbito hospitalario es de suma importancia.

El ser humano, niños y adultos, es razón y emoción. Nadie está exento de la emoción, pero sí puede estarlo, en mayor o menor medida, de la razón. La razón tratamos de evaluarla y desarrollarla, pero nuestras emociones normalmente las solemos considerar cuando nos desbordan, cuando escapan a nuestro control racional. Sin embargo no sólo no podemos vivir sin nuestras emociones sino que son la principal causa de nuestro “bien sentir”, de nuestro equilibrio personal. Es bueno que salgan nuestras emociones, es importante hacerlas aflorar.

Así en el aula parece compartirse un clima de afecto y paz cuando estando trabajando a gusto, aislados del resto del hospital,

Juan de 11 años, se atreve a expresar en voz alta: *“¡qué bien estamos aquí!, que no entren los médicos ni las enfermeras, nos quedamos aquí trabajando mucho tiempo, pasándolo bien juntos, hasta que nos manden a casa”...*

En las aulas hospitalarias está claro que se educa para la vida y eso supone hacer ver a los escolares que no todos los días salen las cosas bien ni todos los días son felices y por tanto no hay que edulcorar excesivamente ciertas situaciones.

Las emociones básicas son: alegría, tristeza, miedo, ira y amor. Cada una de ellas tiene una larga lista de matices emocionales. Las emociones obedecen «al quiero». Nuestros pensamientos, la parte racional, vienen dados por nuestra sociedad, nuestra cultura y nos condiciona la manera de ver el mundo. La razón obedece al «debo», al «tengo que», es fruto de nuestras creencias culturales y contextuales. Suele ser más valorada por nosotros a la hora de guiar nuestras actuaciones.

Se podría decir que nuestros sentimientos son el fruto de la interacción compleja entre razón y emoción, entre lo cognitivo y lo emotivo. Conseguir la madurez, el equilibrio emocional, podría consistir en: pensar sintiendo y sentir pensando.

Los términos emocionales que siguen resultan muy útiles para el trabajo en el aula hospitalaria: empatía (entender qué está sintiendo otra persona, ver cuestiones y situaciones desde su perspectiva. Conectar emocionalmente con la otra persona), autoestima (el grado de aceptación y valoración que cada uno tiene de sí mismo), optimismo (pensamiento positivo, disposición o tendencia a mirar el aspecto más favorable de los acontecimientos y esperar el mejor resultado), etc. Así lo afirman dos profesores de aulas hospitalarias y lo plasman en artículos¹⁶

¹⁶ Leticia Requena Zurita y otros, tienen en cuenta la educación emocional en el aula hospitalaria.

Esther entra contentísima, presionando con una gasa el lugar del brazo donde ha tenido colocado el suero y la vía que acaban de retirar y le dice gritando a su amiga Sheila:

¡Mira, ya no tengo nada, soy libre, me han quitado todo, me voy a casa!...pero enseguida se queda en silencio, mira el suero de Sheila, se da cuenta y dice a su amiga: tú no te preocupes que pronto también te lo quitarán a ti y te podrás marchar a casa y quedaremos para vernos en la calle y para ir a merendar, ¿vale? Ahora nos intercambiamos los móviles.

Tras este análisis sobre algunas de las emociones más significativas en el hospital, se presenta cómo son llevadas a la práctica docente, al escolar. ¿Cómo se trabajan, pues, las emociones con los alumnos en las aulas hospitalarias?

En general se persiguen los siguientes objetivos:

1.- Fomentar la capacidad de estar en contacto con nuestras emociones. Se pregunta al escolar, ¿cómo nos sentimos? Y le damos opción a manifestar sus emociones, mediante dinámicas de grupo, cuentos, poesías, juegos...

2.- Favorecer el saber identificar y diferenciar las emociones.

3.- Posibilitar la aceptación de todas las emociones, las positivas y las negativas.

4.- Propiciar el responsabilizarse de las propias emociones y de los comportamientos derivados. Me encuentro mal, pero quizá yo pueda hacer algo para mejorar.

5.- Ayudar a afirmarse en el propio yo, derecho a expresar sentimientos y emociones, respetando adecuadamente a los demás

En el aula los profesores son el referente al que imitan los alumnos, especialmente para los más pequeños; lo que dicen, lo que hacen y, especialmente, cómo lo hacen, puede ser una forma de

aprendizaje muy importante. Por tanto está claro que el ejemplo del profesor puede influir en la formación o desarrollo emocional de los alumnos, solucionando problemas con tranquilidad, escuchando de forma sosegada, estableciendo relaciones entre compañeros basadas en la empatía y el respeto....

Para educar en emociones, se ha de formarse en ellas y para las prácticas necesarias se cuenta con algunas técnicas que ayudan, como abrirse a un concepto de calidad de vida no basado en el tener sino basado en las relaciones, en el esfuerzo, en el valor y disfrute de los sentidos, de las pequeñas satisfacciones, del buen humor, del respeto, valorar las diferencias, aceptar al otro, etc.

Son muchos los psicólogos que destacan que para tener éxito en la vida es más importante que los escolares adquieran determinadas habilidades o competencias emocionales a que sean inteligentes. Para trabajar las emociones en clase se considera que el relato tiene un papel importante, porque gracias al relato, al cuento, el alumno tiene la posibilidad de ampliar su experiencia a través de las vivencias de los personajes y tiene la ocasión de explorar la conducta humana de modo comprensible, a la vez que desarrolla su creatividad y capacidad de dar respuestas propias.

Juan está triste porque no ha podido ir a la excursión y al viaje en barco que tenía programado en su colegio, pero lo ha superado enseguida al encontrarse con la noticia en el aula hospitalaria: Hoy tenemos la visita del Museo arqueológico y trabajamos el taller de los romanos, ha dicho la profesora.

... *“¡Bien!... ha exclamado Roberto;...me alegro, me encanta el tema... y a continuación dirigiéndose a Juan le ha comentado: ¡vaya suerte que has tenido! aunque te has perdido tu excursión tenemos aquí una visita buenísima ¿a que sí?”. Y Juan sonriendo ha participado encantado en la actividad de los romanos. (Anexos 4 a y 4 b)*

Por supuesto, como ya se ha visto al referirnos a las emociones, la comunicación no verbal es imprescindible: la

proximidad afectiva, la mirada, los gestos, las posturas, la proximidad física, el contacto físico. El ambiente del aula, la decoración estéticamente agradable, acogedora, la música,... también contribuyen a que las emociones se expresen con más libertad. Al educar los sentimientos y las emociones se consigue un aula feliz donde se trabaja a gusto para lograr buenos resultados a nivel escolar y personal.

3.6. Educación en valores dentro del currículo y a través del debate.

Educar en valores consiste en la transmisión de principios, valores y creencias que orientan a los escolares en las prácticas de unas conductas sanas que les ayuden en su desarrollo y crecimiento personal.

En el aula hospitalaria se da mucha importancia a la educación en valores, porque sus principios forman parte de los contenidos curriculares bajo la forma de “ejes transversales”, constituidos por un conjunto de contenidos éticos y cívicos que conforman un horizonte educativo que debe servir de fondo y meta de todo el entramado curricular.

Efectivamente, la educación proporciona unos conocimientos científicos que todos reconocemos y que los alumnos deben manejar al finalizar su aprendizaje, pero vemos que no sucede lo mismo con otra clase de conocimiento, de saber más estrechamente relacionado con el comportamiento, que hoy se ha devaluado.

Los objetivos transversales tratan de apreciar valores como la vida, la libertad y la solidaridad, favoreciendo la toma de decisiones responsables y la autonomía en el uso de los bienes y recursos de nuestro entorno.

De acuerdo con estudios realizados y con la experiencia en las aulas hospitalarias, se ha visto la eficacia que la discusión y el debate

entre compañeros tiene en la educación en valores, para favorecer el desarrollo de la capacidad de adopción de perspectivas y el avance hacia el razonamiento moral basado en el respeto a los derechos humanos.

Dos escolares de 2º y 3º de Primaria, Juan y Mateo, estaban trabajando en el taller de matemáticas y utilizaban la frutería, distribuyendo la fruta, etiquetando precios, colocando el dinero en la caja registradora, etc. intercambiándose satisfechos sus roles de comprador y vendedor, cuando el profesor les ha comunicado que necesitaba llevar un material a un compañero, Javi, que hoy no podía acudir al aula y tendría que estar en la habitación; los chicos muy atentos, han bajado la cabeza y han respondido: *“Pues si quiere Javi la frutería, se la dejamos...”*

Es cierto que los valores deben trabajarse desde la familia pero en el aula se llevan a cabo programas adecuados para la formación de los alumnos. Así resulta útil trabajar con materiales audiovisuales: películas con escenas que le llamen la atención porque ve reflejadas sus preocupaciones, sus problemas interpersonales...o incluso cuentos o relatos con personajes parecidos en edad, sexo y características a los alumnos con los que se va a trabajar. También teatralizar o dramatizar situaciones y representar distintos sentimientos a través del *role playing* son estrategias de gran valía.

Para favorecer la eficacia de trabajar los valores en el aula mediante el debate o discusión es preciso crear un clima de confianza que favorezca la comunicación entre los alumnos y disminuya la orientación del profesor, adecuar el procedimiento de discusión a la competencia cognitiva y comunicativa de los alumnos, realizando la actividad primero en subgrupos, relacionar la discusión con la vida real de los alumnos, para por último, con la asunción de perspectivas diferentes llegar a la exposición e integración global de las aportaciones.

Un alumno de 2º de E.S.O. nos confesaba: *“Me encanta trabajar en grupo, discutir y luego la puesta en común. Expones tu*

opinión pero alguien siempre no está de acuerdo con ella, luego tienes que escuchar a todos y las razones que dan. Lo vas entendiendo y a veces hacen que cambies tu opinión, porque así es como llegas a entender mejor la cosa”

4. EL PROFESOR DE AULA HOSPITALARIA. PERFIL, FUNCIONES Y FORMACIÓN.

4.1. El perfil del profesor de aula hospitalaria: un trabajo solitario.

Una escuela hospitalaria representa no sólo una estructura atípica en el mundo de la educación sino también en el del hospital (Peyrard, J.P., 2000). En efecto, los profesores hospitalarios no forman parte del personal de plantilla del hospital aunque la necesaria relación en el trabajo lo haga parecer así y se pertenece al campo educativo aunque a veces dé la impresión de estar un poco a caballo entre los dos ámbitos; de ahí que son muy numerosas las personas que opinan que esta figura, se sitúa «entre el campo médico-pedagógico».

El profesor de un aula hospitalaria es posiblemente uno de los puestos de trabajo más paradójicos, pues, al contexto atípico donde realiza su función educativa hay que añadir el hecho peculiar de tener que trabajar por un lado de manera constante con otros y sin embargo su trabajo lo realiza generalmente de manera no sólo individual, sino en solitario, afrontando situaciones dolorosas que requieren una superación inmediata de sentimientos para restablecer la normalidad que se precisa en la dinámica del escolar hospitalizado.

El profesor de aula hospitalaria, por tanto, hace gala de poseer una serie de características personales y profesionales que le posibiliten su labor y le faciliten el pleno desenvolvimiento en ese medio particular.

Entre las características personales se pueden destacar la madurez y equilibrio personal para vivir y afrontar determinadas experiencias propias del ámbito hospitalario; la disponibilidad, flexibilidad, sensibilidad y capacidad de comunicación que facilitan las relaciones personales positivas; la capacidad de comprender y dar solución a situaciones emocionales del alumno o de la familia, referidas a la dolencia o a la muerte; la proximidad para comprender las situaciones duras presentes en su tarea.

Respecto a las características profesionales anotamos que el profesor de aula hospitalaria tiene que captar y conocer las necesidades intelectuales y afectivas del escolar hospitalizado, de cada alumno en particular y a veces debe improvisar para satisfacerlas en lo posible. La situación diversa hace que el profesor de estas aulas tenga que conocer y poner en práctica una amplia gama de técnicas didácticas, de metodología del estudio, de actividades de entretenimiento, sabiendo integrarlas en el momento propicio y además conoce la importancia que supone estar siempre con los alumnos, acompañando, dialogando, apoyando.

En el contexto hospitalario el profesor de aula hospitalaria pone en práctica una serie de habilidades específicas que permitan al niño hospitalizado tener una estancia en un clima de confianza, seguridad y afecto. Es decir, aunque inevitablemente, el niño hospitalizado tenga experiencias desagradables de malestar y dolor, que generan una visión negativa del contexto hospitalario, debemos hacerle sentir que nadie pretende hacerle un daño innecesario, sino que se le quiere y que se está tratando de ayudarlo para que se ponga bien. Es decir, hay que «ganárselo» para tranquilizarlo y así, incluso, conseguir su colaboración en el proceso de curación y que al final se convierta en una experiencia positiva y en un recuerdo menos doloroso.

El profesor hospitalario está claro que es una persona abierta, cercana y con capacidad de escucha, puesto que esto permite que el escolar hospitalizado se sienta aceptado, a la vez que proporciona información sobre él; asimismo, es más probable que escuche ya que

se está mostrando un modelo de habilidad de relación interpersonal que va a ser observado y posiblemente imitado.

El profesor hospitalario también se muestra flexible, respetuoso, discreto y cauteloso, en una palabra, tiene empatía, para ponerse en el lugar del escolar, escuchar las emociones y sentimientos del alumno, comprenderlo y entender los motivos de su comportamiento, de su actitud. De este modo se convierte en una persona querida por el escolar, significativa, de confianza, el referente para actuar y quien le puede ayudar a encontrarse mejor.

También se presenta como una persona alegre, para transmitir ánimo, con capacidad de ver las situaciones con una dosis de humor sano que permita superar los momentos tensos, procurando que afloren los aspectos positivos del momento. Conseguir que el alumno supere el momento de tristeza y lograr su sonrisa, para poder continuar la tarea.

Ayudar al escolar y a la familia a entender y aceptar de forma más objetiva y clara la situación en la que se encuentran, superando la frustración que pueda generar. De ese modo hay que dinamizar la estancia del alumno hospitalizado, para dar continuidad al ritmo de vida del modo más normalizado. Estimular al alumno hospitalizado en cuanto al sentimiento de dependencia que no se convierta “en dependiente” cuando puede seguir siendo activo y la importancia de continuar con su proceso de aprendizaje, evitando retrocesos y conductas negativas que a veces aparecen en este contexto “de permisividad” o “consentida blandeza”.

El profesor -asegura una profesora de aula hospitalaria- cuando ya cuenta con la confianza del escolar y también de la familia, debe “representar la figura firme” que no declina en su actitud ni permite concesiones ante las responsabilidades contraídas por el escolar, en cometidos que claramente puede abordar y llevar a cabo con éxito, tanto en el aula escolar como en sus actuaciones cotidianas, recriminando con afecto los consentimientos excesivos e innecesarios de la familia hacia el alumno y también, de otra parte debe “representar la figura amable y

cercana” que comprende las debilidades del escolar y anima a superar los momentos bajos que todo periodo de hospitalización conlleva.

El trabajo, pues, del profesor de aula hospitalaria es el trabajo de una persona que tiene que afrontar las situaciones sin la posibilidad de analizarlas con otros de su mismo perfil profesional, lo que hace que se haga imprescindible fijar con cierta frecuencia reuniones e intercambios de experiencias y apoyo entre compañeros.

También en estas situaciones es cuando el profesor de aula hospitalaria ve necesario el apoyo externo que puede recibir por parte de quienes tienen capacidad para ello y que dada la estructura educativa provincial, puede provenir del Área de Inspección y del Área de Programas Educativos, servicios dependientes de la Dirección Provincial de Educación encargados de velar por el adecuado desarrollo de los diferentes elementos del Sistema educativo. Y hemos de decir que cuando se acude a estos Servicios en demanda de cualquier tipo de ayuda o aclaración se recibe respuesta satisfactoria.

4.2. Funciones del profesor de aulas hospitalarias.

La tarea como profesor o docente de aula hospitalaria reside fundamentalmente en ofrecer oportunidades a los estudiantes hospitalizados (guiando, orientando, acompañando, sosteniendo, apoyando, potenciando el proceso) para que puedan seguir la tarea de aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir.

La actuación del profesor del aula hospitalaria comienza en el momento mismo de ingreso del niño enfermo en el hospital y termina cuando el niño es dado de alta médica y vuelve a su centro de origen.

En ese tiempo de permanencia hospitalaria se desarrolla un proyecto de trabajo que tiene como única finalidad la atención del

niño enfermo y el seguimiento tanto de su actividad escolar, como de su desarrollo personal.

Entre las funciones que desempeña el profesor de aula hospitalaria, podemos destacar las siguientes:

- Conocimiento y acogida del nuevo alumno hospitalizado, intentando animar y superar el sentimiento de temor y angustia que muchas veces conlleva el ingreso en el hospital.

El primer contacto con el escolar y la familia se suele producir en la habitación, después de que el profesor del aula ha consultado las fichas de nuevos ingresos y ha recabado la información precisa del personal médico. Aunque a lo largo de la hospitalización es frecuente, se ha comprobado que especialmente, resulta positiva la presencia conjunta del médico y el profesor en los primeros momentos del ingreso, pues la decisión de acudir al aula por razones pedagógicas se ve fortalecida con el beneplácito médico. (Profesora del aula hospitalaria)

- Información a la familia del trabajo que se lleva a cabo con su hijo en el aula hospitalaria o, en su caso, en la habitación del hospital cuando éste no se pueda desplazar, para que participen y se involucren de forma activa en esta nueva situación en la que se encuentra su hijo y le anime a que participe en todo lo relacionado con esta actividad. Esta información será continua a lo largo de todo el proceso de hospitalización.

- Comunicación con el equipo médico y personal sanitario, solicitando toda la información posible acerca de la enfermedad del niño y las posibles actuaciones a llevar con él y proporcionando información precisa sobre la situación y estado del alumno en el aula.

- Atención educativa del alumno, individualizada y personalizada, poniéndose en contacto con el tutor de su centro de origen, de manera que sea más fácil su normalización educativa y poniendo las bases para la elaboración de un plan de trabajo

individual, bajo las pautas marcadas por su tutor y teniendo en cuenta las características propias del alumno: edad, estado anímico, proceso evolutivo de su enfermedad, etc.

- Oferta de medios y recursos apropiados, incluidos los recursos informáticos, para alcanzar de manera eficaz los objetivos de cada una de las materias curriculares estudiadas y el desarrollo de sus capacidades.

- Creación de un ambiente apropiado en el aula, encaminado a estimular y motivar al alumno que acude a ella, teniendo en cuenta el respeto y la colaboración ante la diversidad creada por su situación social y sanitaria.

- Posibilitar la continuidad de relación del alumno hospitalizado con su centro de origen mediante la utilización de los medios informáticos: videoconferencia, chats, etc., de manera que se rompa el aislamiento y distanciamiento con sus amigos y compañeros de clase.

- Potenciación de las actividades lúdicas, tanto dentro como fuera del horario escolar, proporcionándoles recursos suficientes para que los utilicen en su tiempo libre y que les permita relacionarse con otros alumnos hospitalizados.

- Entrega de documento de justificación de estancia en el aula hospitalaria y en estancias largas, elaboración de un informe para el centro de origen, en el que se recojan las actuaciones educativas del alumno hospitalizado una vez que éste ha sido dado de alta médica

En caso de recibir el alumno el alta en el hospital, pero siendo precisa la continuidad de convalecencia en su domicilio y por prescripción facultativa y a partir de un mes como tiempo mínimo, se solicita el apoyo al Servicio de Atención domiciliaria, siendo mediador el profesor de aula hospitalaria en el establecimiento de la actuación.

Esta labor educativa se enriquece con actividades dirigidas a efectos de socialización y de conocimiento con perspectivas propiciadas mediante acciones descubridoras, insistiendo en la necesidad de interrelación.

4.3. Competencias y formación del profesor hospitalario.

La formación permanente de los profesores requiere profesionales capacitados para potenciar la labor educativa de toda temática escolar y la consiguiente presencia del medio escolar (con su complejidad) y del medio social en el que la acción educativa se desarrolle en cada caso. En cualquiera de los supuestos se trata de facilitar la construcción y formación de conocimientos en los alumnos y de prepararlos para su continuidad, que es donde radica la fuerza para responder a las vicisitudes de las distintas formas de vida. Este es un cometido específico de los profesionales de la Pedagogía y Psicopedagogía.

Los profesores tienen asignada la función de desarrollar los programas educativos supuestamente adaptados a las unidades escolares de apoyo, adaptación que, como ya se ha indicado, carece de toda posible forma concreta de anticipación en cuanto sólo la atenta expectativa sobre quienes van llegando a los hospitales, permite elaborar una planificación y los correspondientes ajustes programáticos para atender cada singularidad. Es fácil comprobar, se constata en todos los centros hospitalarios, cómo al terminar una jornada de trabajo, el aula escolar parece vaciarse de alumnos, por producirse un gran número de altas médicas y al día siguiente de nuevo, se encuentra con numerosos escolares de nuevo ingreso; del mismo modo ocurre, que teniendo previsto “un aula llena” tras un fin de semana, sucede que apenas hay escolares hospitalizados, por ser pocas las urgencias surgidas o por circunstancias propias del Servicio de Pediatría o del centro hospitalario.

La formación de los pedagogos o profesores hospitalarios, siempre parte de lo que se ha llamado naturaleza de la Pedagogía

hospitalaria y del papel que corresponde a los distintos profesionales de la educación, así como de la entidad de su trabajo. En todo supuesto son destacables las decisivas cualidades que deben caracterizar a la persona y la actividad de los profesionales de la educación y esto necesita ser especialmente remarcado en su trabajo dentro de los ámbitos hospitalarios.

Para el trabajo a ellos exigido es necesaria “una formación teórica sólidamente fundamentada y suscitadora del perfeccionamiento personal de los profesionales en práctica... La integridad debe ser la base de la necesaria autoridad moral que propicia ese mejor ser... que genera en el enfermo la confianza como fuente de orientación, consejo y aprendizaje, de ayuda eficaz y de apoyo en los momentos difíciles” (Esteve, 1977; citado por González-Simancas, 1990).

Lo que en estos momentos se contempla en los planes de estudio de Pedagogía y Psicopedagogía es claramente insuficiente para responder a las demandas que aquí se exponen con respecto a las actividades educativas en las aulas hospitalarias. Por ello se considera necesario impulsar líneas de investigación en este campo.

La labor del profesor es la de estar en las unidades de apoyo hospitalarias atendiendo directamente la actividad educativa para lo que se ha de contar con el resto de profesionales de la Educación y de la Medicina para conseguir esa atención global al escolar hospitalizado.

De todos es conocido que la emergencia del concepto “competencia” ha establecido un fuerte debate tanto en ámbitos laborales como académicos. El de la Pedagogía hospitalaria no es ajeno a esta problemática. Desde 1993 en todos los encuentros, nacionales e internacionales, de maestros y pedagogos hospitalarios aparece de forma recurrente la idea de que la selección y formación de profesionales necesita más que en ningún otro caso, basarse en la adquisición de competencias, precisamente por lo interdisciplinario y cooperativo de su trabajo.

Vamos a identificar el perfil profesional y las funciones del profesor hospitalario y seguidamente, también identificaremos sus Competencias, para poder después reflexionar sobre los Programas de Formación y Perfeccionamiento.

El profesor hospitalario, de cualquier especialidad, es el profesional encargado de la actividad pedagógica del aula hospitalaria y tiene un perfil y unas funciones bastante bien delimitadas:

- ♦ Es intérprete de la afectividad entre los padres y los hijos para ayudar a mantener el equilibrio emocional en el alumno hospitalizado.
- ♦ Es tutor del alumno hospitalizado para apoyar su proceso de enseñanza-aprendizaje y no perder el contacto con el centro ordinario.
- ♦ Es intermediario con el equipo médico sobre el proceso integral de la recuperación del alumno paciente.
- ♦ Es portavoz del funcionamiento del aula hospitalaria con la Administración Educativa y Sanitaria.

En cuanto a las competencias personales y profesionales de los profesores de aulas hospitalarias, profesionales de la Pedagogía hospitalaria, teniendo en cuenta el modelo adaptado de Braslavsky (1998) para el docente en general, son las que se señalan a continuación:

Competencias vinculadas sobre todo con la resolución de los problemas o desafíos más coyunturales, cuyo denominador común es el nivel pedagógico-didáctico.

Competencias vinculadas a relaciones institucionales, cambios estructurales y desafíos de la relación afectiva, de la unión de sinergias, de la interacción e implicación en el proceso de “continuidad de desarrollo humano”

Competencias vinculadas a los procesos de Especialización y Orientación práctica del profesional, tanto hacia el alumno como hacia la familia.

Podemos decir que el profesor hospitalario centra su Objetivo en la normalización de la vida del alumno en el propio hospital a través de la desdramatización de este contexto de por sí agresivo mediante actividades no sólo de tipo académico y lo hace en un grupo heterogéneo, con el que interactúa pero llevando un tratamiento individualizado de cada escolar hospitalizado.

Las competencias que se han ido identificando podemos enmarcarlas así:

Competencias Pedagógico-didácticas:

Son facilitadoras de procesos de aprendizajes cada vez más autónomos. El profesor hospitalario estudia, selecciona, utiliza, evalúa y crea estrategias de intervención didáctica efectivas, incluyendo las Nuevas Tecnologías de información y la Comunicación.

Capacidades, destrezas y actitudes con relación a:

- Recuperación de lagunas en el aprendizaje.
- Ayuda a la continuidad en el currículo escolar.
- Ayuda a promocionar escolarmente.
- Mejora de las potencialidades de aprendizaje.

Dedicación especial en su trabajo para lograr:

- Respeto y comprensión al expresarse sobre la enfermedad.
- Autoformación.
- Fortaleza emocional para conseguir una personalidad equilibrada.
- Afrontamiento y actuación ante el dolor ajeno.

- Adquisición de estrategias y recursos psicopedagógicos que posibiliten la respuesta más adecuada posible a las características de cada sujeto.
- Solucionar la problemática debida a las interrupciones en los tiempos organizados.
- Capacidad de improvisación, de vivir en la provisionalidad.
- Capacidad de captar las preocupaciones de cada escolar y de cada familia.
- Manejo de recursos educativos de acuerdo con las diversas experiencias de cada alumno.
- Registro de datos del escolar.
- Adaptaciones curriculares individualizadas, saber hacer y actividades de refuerzo.
- Conocimiento de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Creatividad e imaginación.
- Riesgo de asumir situaciones y responsabilidades.
- Adaptación y empatía, para compartir preocupaciones y problemática del escolar.
- Iniciativa y optimismo para animar a los escolares a mantener una actitud positiva ante la enfermedad.
- Capacidad de comunicación y respuesta adecuada ante las preguntas curiosas y con morbo.
- Generar actitudes de autoridad moral y confianza para proporcionar seguridad al alumno y a la familia.
- Generosidad y disponibilidad
- Actividades lúdico-formativas adecuadas a las diferentes edades.

- Técnicas de animación grupal.
- Técnicas de estudio.
- Manejo simultáneo e individualizado de grupos heterogéneos (diferentes edades, niveles, patologías, estancias, etc.)
- Capacidad de observación de conductas y situaciones del alumno.
- Ofrecer respuestas y soportes a intereses escolares y personales a corto, medio o largo plazo.
- Motivar al alumno para que participe activamente en las actividades del aula hospitalaria.
- Organizar el trabajo y los recursos a su alcance.
- Desarrollar la capacidad de investigación y el desarrollo de aptitudes personales.

Competencias de relaciones institucionales e interactivas.

Hacen referencia a la capacidad de articular lo micro (espacio aula hospitalaria) con lo macro (espacio centro de referencia, Sistema educativo). Llevar al aula hospitalaria lo que dispone el Sistema educativo, lo que es necesario programar, desarrollar y evaluar.

Capacidades, destrezas y actitudes con relación a:

- Conocimiento de las materias de los diferentes niveles, así como el programa del centro de referencia de cada alumno.
- Coordinación con el centro de referencia del alumno, procurando mismos objetivos y procedimientos de aprendizaje para evitar confusiones en el escolar.
- Flexibilidad curricular.
- Adaptarse a los diferentes contextos. Trabajar la nueva situación

- Coordinación de todos los profesionales implicados en la atención al escolar hospitalizado.
- Trabajo cooperativo e interprofesional.
- Adecuada organización y comunicación no sólo a nivel interno del propio centro hospitalario, sino coordinación interna y externa (Dirección del centro hospitalario, Dirección de Educación, Inspección educativa, Consejerías de Educación y Sanidad de la Junta de Castilla y León).

Competencias Especificadoras.

Contenidos referidos al campo concreto de la atención educativa a los alumnos hospitalizados.

Capacidades, destrezas y actitudes con relación a:

- Conocimiento de cierta terminología médica.
- Conocimiento de las características psicosociológicas del niño y adolescente enfermo según las diferentes etapas evolutivas.
- Conocimiento del diagnóstico médico y de los efectos de la enfermedad y de los tratamientos en el funcionamiento cognitivo y académico del escolar.
- Tacto y cautela en el modo de informar a los alumnos, a otros padres y a otros profesores sobre las posibles secuelas tanto físicas como emocionales de los tratamientos.
- Se impone el aprendizaje de las Nuevas Tecnologías, por su valía como medio de comunicación, de intercambio de información, de adquisición de conocimientos, etc. (Diseño y Proyecto Curricular adaptado a las aulas hospitalarias, Plan de trabajo, Memorias, Programas de colaboración, ...)

Es elemento importante a destacar la importancia que deberíamos dar a los programas de formación para lograr y consolidar las competencias profesionales y personales.

A pesar de ser numeroso ya en Europa el colectivo de profesionales de Pedagogía hospitalaria, no se contempla la especialidad de Pedagogía hospitalaria en ningún Plan de Formación Universitaria. La mayoría de los profesores europeos han recibido algún curso en educación especial (Lizasoáin, 2000), de manera que tras los tres o cuatro años de Formación Obligatoria para ser profesor, se cursa, en la mayoría de los casos, un año o dos de postgrado.

En España las Universidades no tienen incluida la especialidad de Pedagogía hospitalaria en sus planes de estudio y sólo unas pocas como Vigo, Salamanca, Valencia, Navarra, Complutense de Madrid... han incluido como formativas, asignaturas con carácter optativo, que abarcan específicamente esta temática. Tampoco existen unos criterios comunes de diseño de la programación de la materia, ni tampoco profesores especializados que los impartan o Cursos de Postgrado.

Respecto a la formación del profesorado que atiende estas aulas hospitalarias de nuestra Comunidad se advierte que poseen una buena preparación pedagógica y psicológica, así como gran experiencia y formación específica en diferentes especialidades, presentando inquietudes que les llevan cada curso a realizar una formación continua en aquellos aspectos que consideran o prevén más importantes para el desempeño de su actividad compleja. La Administración educativa regional organiza cursos o jornadas de formación, de diferente temática. Los temas más demandados por estos profesionales suelen hacer referencia a una preparación pedagógica específica, encaminada a la relación con el alumno hospitalizado y la familia, como puede ser la terapia familiar, los valores, características de las dolencias, etc.(Anexo 3).

4.4. El profesor y el modelo de organización del aula hospitalaria.

Como cualquier espacio educativo, en el aula hospitalaria hay que organizar la actuación a seguir y el profesor establece de forma general, el siguiente esquema: Objetivos - Contenidos - Competencias - Actividades - Metodología - Recursos - Evaluación.

El objetivo general es: proporcionar atención educativa a los niños que por causa de una enfermedad se ven obligados a pasar largos períodos de tiempo en un hospital. Abarca, entre otros, los siguientes aspectos:

- ♦ Continuar, siempre que las condiciones de salud lo permitan, el currículum establecido con carácter general en el nivel correspondiente a cada niño hospitalizado, realizando en caso necesario las oportunas adaptaciones curriculares.
- ♦ Alcanzar la consiguiente coordinación entre el aula hospitalaria y el centro de procedencia del alumno.
- ♦ Facilitar la integración del niño en su nivel de escolarización en el momento en que se produzca el final de su período de hospitalización, afianzando su seguridad y autoconcepto a través del proceso educativo desarrollado en el aula hospitalaria.
- ♦ Paliar el retraso escolar en las áreas curriculares ocasionado por la ausencia al centro escolar durante el tiempo de hospitalización a través de la continuidad de las actividades escolares.
- ♦ Conseguir, a través de las diferentes áreas curriculares que el niño sea capaz de valorar y situar correctamente las dimensiones reales de su enfermedad, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.

- ♦ Facilitar la integración y comunicación del niño hospitalizado con otros de sus mismas características, para alejarlo del aislamiento que pueda producirle su dolencia.
- ♦ Estimular la asistencia al aula hospitalaria y su participación dentro de ella.
- ♦ Desarrollar su creatividad presentando alternativas pedagógicas que permitan la expresión y liberalización de sus conflictos psicológicos (Síndrome de Hospitalismo).
- ♦ Dar un carácter positivo y un contenido formativo a los tiempos libres y de ocio en el hospital.
- ♦ Diseñar y desarrollar actividades de carácter formal e informal, que ayuden a mejorar la atención educativa del niño hospitalizado y su estado en el aspecto psico-afectivo.
- ♦ Fomentar las técnicas artísticas en el niño, para que a través de ellas aumente su rendimiento escolar.
- ♦ Utilizar los medios tecnológicos (Internet) para favorecer el desarrollo afectivo, social y comunicativo de los alumnos.

Es posible agrupar todos estos aspectos, en tres grandes bloques: pedagógicos, psicológicos y sociales.

En estancias largas, la labor educativa se realiza de forma que se abarque la totalidad del currículum de alumno, pero en estancias medias o cortas y en momentos puntuales de exámenes en el centro del alumno, de forma más o menos flexible, las actividades se dirigen fundamentalmente y porque así son requeridas, a conocimientos instrumentales: Matemáticas y Lengua con los alumnos de Educación Primaria; Lengua, Matemáticas y Física y Química con los de Educación Secundaria.

En la programación de las actividades, siguiendo una metodología personalizada, se parte del currículum que el centro docente de cada niño ofrezca, flexibilizando las actividades según la

situación concreta por la que atraviesan los alumnos en el proceso de su enfermedad.

La organización de las tareas educativas es diferente en cada centro hospitalario pero coincidente en las actuaciones básicas.

El profesorado destinado en las aulas hospitalarias o Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias concreta su plan de actuación en la Programación General Anual, que debe incluir los siguientes elementos:

- Análisis del contexto hospitalario y de las necesidades educativas del alumnado hospitalizado.
- Objetivos.
- Planificación general de actividades educativas (curriculares, psico-afectivas, socio-familiares).
- Competencias.
- Estrategias de coordinación.
- Recursos.
- Evaluación.

El plan de trabajo anual se envía, al Servicio de Atención a la Diversidad, del Área de Programas Educativos y a la Inspección de Educación y de igual manera se hace con la Memoria Anual que se realiza al finalizar el curso escolar y en la que se incluyen, entre otros aspectos, los datos estadísticos del alumnado atendido, actividades, colaboraciones, reportajes, etc. Una copia del documento también se entrega a la Dirección del centro hospitalario. (Anexos 1, 1e y 1f)

5. RELACIÓN DEL PROFESOR DE AULA HOSPITALARIA CON EL ALUMNO, FAMILIA Y CON LOS ÁMBITOS SANITARIO Y PEDAGÓGICO.

El profesor de las aulas hospitalarias encuentra en su quehacer educativo una realidad diferente a la habitual de otro centro educativo.

El aula hospitalaria se convierte en el nexo que proporciona ayuda adecuada a estos alumnos en estrecha coordinación con los centros de referencia, con los tutores, con los padres, con el personal sanitario, educativo y todas aquellas personas e instituciones que intervienen en el proceso educativo del alumno hospitalizado .

Por todas estas razones es fundamental la coordinación. Para exponer los detalles de esta coordinación y los diferentes estamentos con los que es preciso coordinarse se van a señalar los apartados siguientes: Coordinación interna (dentro del mismo hospital) y Coordinación externa (fuera del contexto hospitalario).

El grado de colaboración y comunicación entre el personal docente del aula hospitalaria y el personal sanitario del hospital, se considera satisfactorio. Se destaca y se valora muy positivamente el respeto del personal sanitario hacia la labor del aula hospitalaria, habiendo desaparecido aquella opinión tradicional de que la Pedagogía hospitalaria parecía aislada en un entorno sanitario. Es de anotar la labor importante que realiza también el Servicio de Apoyo psiquiátrico, el Trabajador Social y el Servicio de Atención al Paciente, junto a los Servicios escolares implicados como las Área de Programas Educativos de las Direcciones Provinciales de Educación, etc.

Debemos destacar la importancia de la colaboración de los profesionales de las aulas hospitalarias con los profesores de los centros de origen y con el resto de profesores hospitalarios tanto de nuestro ámbito regional como nacional.

5.1. Relación del profesor de aula hospitalaria con el alumno y las familias.

En el aula se atienden escolares que presentan una gran diversidad y variabilidad: las edades de los alumnos, las patologías, las necesidades de atención médica: se trabaja con niños/adolescentes crónicos, (oncológicos), con necesidades de salud mental, de Pediatría general; los lugares de residencia, el tiempo de hospitalización..., es muy diferente. Por tanto requieren por parte del profesor una atención individual, flexible, divertida y dinámica.

Se exige al profesor empatía, creatividad, conocimiento de la realidad, del nivel educativo-emocional, de las necesidades de los alumnos.

Cada día se producen cambios en el alumnado, unos se han ido de alta, otros llegan, algunos continúan; hay que dar a cada uno toda la atención que necesiten y adaptarse a sus circunstancias escolares, emocionales y físicas; dependen del suero, están esperando intervenciones quirúrgicas, se encuentran mal, deben ir a otras dependencias del hospital a realizarse alguna prueba, van bien o regular en sus estudios... En general, casi todos, tienen algo de miedo, otros se muestran exaltados, están algo desconcertados; al principio ven a todos y todo como una amenaza, todo les resulta extraño, se tienen que enfrentar a realidades por lo menos diferentes, si no negativas o dolorosas; se pueden mostrar contentos si ya han superado la dolencia, o se pueden sentir tristes especialmente si pasan más tiempo en sus habitaciones aislados, a veces muestran su enfado, otras lo disfrazan y todos necesitan mucho afecto.

Las aulas hospitalarias tienen una gran importancia de cara a la futura normalización de los niños y adolescentes hospitalizados.

Mediante las tareas escolares, la comunicación con los iguales, el entretenimiento y la creatividad en un ambiente distendido, se les ayuda a tener más confianza y superar sus miedos, a reconocer, aceptar o controlar su enfado, a sentirse activos y queridos.

Pero, si es importante la actividad, lo que se realiza, el cómo se lleva a cabo la tarea no es menos significativo y de aquí la importancia del papel del maestro no sólo como especialista en procesos de aprendizaje. Es pues comprensible, que en un contexto tan sensible como el hospital, surja la necesidad de formarnos en el campo de las emociones.

Está comprobado que las emociones se contagian. La alegría anima a continuar la actividad, facilita la memoria y el aprendizaje y es un mensaje social para iniciar o mantener la interacción. Por otra parte, la tristeza tiende al abandono y la pasividad. La ira, tiende a movilizar mucha energía, no es buena para eliminar barreras o las fuentes de frustración.

Si se proporciona a los alumnos herramientas que les ayuden a sentirse y a relacionarse mejor, se habrá logrado el objetivo final de la educación.

Es necesaria e imprescindible la relación del profesor con la familia para informar desde el punto de vista escolar y psicopedagógico del momento que vive el escolar hospitalizado.

Es importante que los padres valoren el trabajo que sus hijos realizan en el aula hospitalaria para que el alumno lo valore también y se vea estimulado a continuar con su actividad.

Las informaciones sobre la salud corresponden al equipo sanitario. A los profesionales de la educación les incumbe implicar a los padres en los procesos educativos y hacerlo de manera planificada.

Para conseguir que la familia realmente se comprometa en este proceso hay que hacerles ver que ellos también influyen en la recuperación de su hijo, más allá del desconcierto inicial que pueda producirles la situación. Implicarlos co-participadamente y bien orientados en las actividades educativas es imprescindible y de trascendente valor: la educación es, como ya se ha dicho, el mejor

apoyo para el alumno, incluso para los padres porque pueden superar así la manifestación de su dolor y, en ocasiones, desesperanza. Los profesionales respaldan y auxilian a los padres en su control de las dificultades.

Además, ese apoyo de la familia es un refuerzo importante a la actividad del profesor cuando el compromiso es aceptado y cumplido. Es necesario conseguir de los padres la confianza en los profesionales de la educación y reforzar con ello la participación activa de los niños.

La relación del profesor con los padres de los escolares hospitalizados es continua y de colaboración. A veces exponen sus dudas y piden orientaciones sobre el proceder con el chico pues es frecuente que sucumban a los ruegos de los escolares, manteniendo una actitud permisiva en diferentes áreas de comportamiento, bajando las exigencias tanto a nivel escolar como de comportamiento en general. También es fácil encontrar un excesivo proteccionismo que dificulta la labor educativa.

Juan y Lara, padres de Juan, de 8 años, manifiestan lo siguiente, en una carta de agradecimiento dirigida al profesor hospitalario, tras el periodo de larga hospitalización de su hijo:

“... ingresamos en el mes de julio, la habitación se nos venía encima, estábamos solos, desorientados,...con pruebas y más pruebas, aislados. No sabíamos qué hacer, ni el niño, ni nosotros. Cuando apareció la profesora y comenzamos a hablar con ella cambió la situación. Fue un alivio. Con dulzura y comprensión nos fue presentando la mejor manera de iniciar actuaciones para que Juan pudiera continuar con su curso escolar. Fue increíble la alegría que supuso para Juan ir a clase con otros chicos, hacer sus trabajos, jugar....y para nosotros supuso una liberación poder salir del hospital todo ese tiempo y poder ocuparnos de nuestras obligaciones”

El tiempo destinado a entrevistas e intercambios de información con las familias está contemplado en el horario escolar,

así como en la programación, donde se establece también la colaboración en actividades formativas con los padres en diferentes talleres o temas de interés.

La familia es a quien se solicita en primer término la información escolar y se le propone el plan de trabajo de acuerdo con las circunstancias del alumno, aportando también el material escolar si fuera preciso. En los casos de media o larga hospitalización, tras las conversaciones con el centro de origen, es así mismo la familia quien en muchas ocasiones hace de intermediario para proveer del material escolar y actividades requeridas, entre el centro de origen y el aula hospitalaria

Cuando el alumno recibe el alta médica se le entrega a la familia el justificante de asistencia al aula para su centro y el informe de evaluación en las ocasiones necesarias, para hacerlo llegar al profesor tutor cuando el alumno se incorpore de nuevo a su centro escolar.

5.2 Relación del profesor de aula hospitalaria con el ámbito pedagógico.

a) Entre profesores de la misma aula hospitalaria, otras aulas hospitalarias, aulas de Psiquiatría Infanto-juvenil, cuando existen.

Los centros hospitalarios de nuestra Comunidad de Castilla y León, en general, responden al modelo establecido por ley; de acuerdo con el número de camas pediátricas les corresponde tener asignado un profesor por aula hospitalaria. La excepción la presenta el centro hospitalario de Salamanca y el Hospital General Yagüe de Burgos.

En Salamanca son dos los profesores que trabajan en el aula del Hospital Clínico y esto es debido a las características especiales del centro hospitalario, donde se atiende alumnos de Planta y alumnos de la Unidad de Trasplantes y por tanto es obligado el mantener una

coordinación y reparto de tareas acorde a sus ámbitos de actuación. En Burgos se demanda la incorporación de un segundo profesor para atender a las numerosas y variadas necesidades escolares que presenta el alumnado hospitalizado.

En Valladolid existen dos profesores, uno en cada aula hospitalaria de los dos grandes hospitales, Hospital Clínico y Hospital del Río Hortega y aún atendiendo a las peculiaridades propias de cada Institución hospitalaria, mantienen una relación y coordinación constante que se ha comprobado enriquecedoras a lo largo de los años, de tal modo que el Plan de trabajo y la Memoria final se realizan de modo conjunto.

El inicio de la actividad escolar en el año 2007 en la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico de Valladolid y de Hospital de día, ha supuesto también la apertura de nuevas relaciones entre el aula de Escolares y el aula de Psiquiatría infanto-juvenil y Hospital de día.

Los profesores se coordinan, a pesar de mantener su organización y plan de trabajo propios, en la realización de ciertas actividades, se informan sobre las incidencias y proceso escolar de algún alumno que han compartido por haber permanecido ingresado en las dos plantas y hacen que los alumnos ingresados en la Planta de Psiquiatría Infanto-juvenil bajen al aula de Escolares, se integren y colaboren en talleres, visitas de Museos, conmemoraciones, representaciones teatrales, etc. pudiendo decir que la implicación de los Servicios es buena y que el balance de resultados es positivo.

Es previsible que en otras provincias de nuestra Comunidad se creen también Unidades específicas de Psiquiatría Infanto-juvenil, que lleven consigo la necesidad de crear nuevas aulas escolares para atender a los alumnos que requieren ser hospitalizados en dicho Servicio.

El resto de aulas hospitalarias, Ávila, León y Segovia, son atendidas por el profesor correspondiente, manteniendo contactos

con las otras aulas hospitalarias, en ocasiones puntuales y cuando las posibilidades de conexión informática lo permiten.

b) La coordinación del profesor de aula hospitalaria con el profesor del centro de referencia y otros centros escolares colaboradores.

Es básica la coordinación del aula hospitalaria con el centro de referencia del alumno para que el quehacer educativo en las aulas hospitalarias no quede en el vacío. Los profesores de aulas hospitalarias se coordinan con los profesores-tutores de los alumnos con ingresos de media y larga hospitalización.

Los canales que se utilizan para comunicarse son muy variados. Al principio del funcionamiento de las aulas hospitalarias el principal cauce de relación eran los padres, el teléfono y el fax para enviar documentos; actualmente aunque los dos primeros siguen manteniendo su prevalencia, el ordenador y el correo electrónico son herramientas que facilitan y hacen más rápida la intercomunicación y el envío del material que se precise entre las aulas.

Cuando se establece el contacto con el centro del alumno el objetivo es dar a conocer que el alumno que está ingresado, recibe atención educativa en el aula hospitalaria, pero que es necesaria su colaboración para que la labor no quede inconexa y exista continuidad en el proceso de aprendizaje.

Los alumnos saben que pertenecen a un centro y necesitan las orientaciones y las visitas de sus profesores-tutores para que su actividad escolar en el aula hospitalaria siga teniendo sentido.

Los profesores de aulas hospitalarias establecen contactos con los profesores-tutores, en estancias medias y largas, solicitando la información sobre la situación escolar del alumno así como sus intereses, actitudes y el programa referido a los contenidos del curso en el que se encuentra el escolar.

Hay profesores que ante la noticia del ingreso del alumno en un centro hospitalario, en ciertas ocasiones, adoptan una actitud de sobreprotección, no queriendo imponer deberes o restando importancia a la posibilidad de que el alumno avance en las materias del currículum, pero esa postura disminuye y desaparece cuando se les informa de lo importante que es para normalizar su vida poder continuar con el programa escolar establecido.

Es importante, sobre todo en el caso de alumnos crónicos, realizar la coordinación entre ambos profesores, a veces directa y personalmente y otras con la colaboración de los padres como intermediarios, para realizar, si fuera preciso, las adaptaciones metodológicas necesarias, priorizar contenidos, proporcionar apoyos y flexibilizar tiempos para conseguir que el alumno pueda mantenerse en su nivel y conseguir los objetivos.

La relación y colaboración con otros centros educativos se realiza en cada provincia de acuerdo con las organizaciones establecidas y según las circunstancias propias de cada una.

En Valladolid, las dos aulas hospitalarias comparten desde sus inicios, con el Colegio Público León Felipe, (centro de referencia elegido en el Proyecto de Teleeducación en aulas hospitalarias) actividades educativas y lúdicas, a través de las Nuevas tecnologías; participan en eventos literarios, representaciones teatrales, exposiciones, etc. (Anexo 6f.)

Con respecto a las conexiones de las aulas hospitalarias con los centros de origen de los escolares hospitalizados y con el uso de las páginas webs de los centros como facilitadoras de la realización y seguimiento on-line de las actividades del curso del alumno hospitalizado, son diferentes las actuaciones llevadas a cabo en cada aula de las diferentes provincias.

c) La coordinación del profesor de aula hospitalaria con el Programa de Atención Domiciliaria.

La coordinación del profesor de aula hospitalaria con el Servicio de Apoyo educativo domiciliario, se mantiene en cada provincia del modo establecido por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. (Anexo 1)

La necesidad de la atención domiciliaria al escolar convaleciente en su domicilio, se presenta al comprobar que un porcentaje significativo de alumnos, reciben el alta hospitalaria pero deben permanecer en casa un tiempo, por prescripción médica hasta poderse incorporar a su centro de origen.

Es en el Curso 1996-97, cuando en Castilla y León empieza a funcionar *El Programa de Ayuda a Domicilio Complementaria* (presentado en las VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria celebradas en Madrid, 1997)

Dicho Programa se basa en la Orden de M.E.C. de fecha de 25 de junio de 1996 (B.O.E. N° 166, de 10 de julio de 1996), por la que se convocan subvenciones a Asociaciones, Organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas, sin ánimo de lucro, para la realización de determinadas actuaciones de compensación educativa, durante el Curso 1996-97.

Ya con las transferencias educativas, en nuestra Comunidad castellano-leonesa la atención domiciliaria se recoge en los objetivos marcados por la Orden EDU/1492/2004, de 27 de septiembre, por la que se aprueba el Plan de Actuación de las Áreas de Inspección Educativa y Programas Educativos de las Direcciones Provinciales de Educación para el trienio 2004-2007. (Anexo 1 a).

En concreto, en su apartado 6 se hace referencia a la Atención hospitalaria y Domiciliaria, cuya finalidad será «Aportar una atención educativa adaptada al alumnado que no puede asistir con regularidad a clase por razones de enfermedad».

Y sus objetivos, que difieren muy poco del resto de los programas llevados a cabo en otras comunidades autónomas, los define de la siguiente manera:

1. Asegurar la continuidad del proceso educativo del alumnado hospitalizado o convaleciente.
2. Proporcionar la oportuna respuesta adaptada a las necesidades educativas específicas de este alumnado en función de las características de su situación.
3. Aportar la respuesta educativa individualizada en el propio domicilio al alumnado que no puede acudir al centro educativo por convalecencia prolongada.
4. Propiciar la relación con el centro de referencia a través de la mediación y coordinación de los distintos profesionales.

Por otra parte, recoge de manera explícita otras series de cuestiones como las relacionadas con los siguientes puntos:

5. Actualización del Convenio de las Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias.
6. Asistencia y participación en las Jornadas Nacionales de Pedagogía hospitalaria.
7. Organización de una publicación periódica de carácter regional.
8. Utilización generalizada de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
9. Organización de medidas de compensación para la atención domiciliaria, con especial hincapié en el ámbito rural.

Esta atención domiciliaria se lleva a cabo, en parte, por asociaciones de voluntarios que, según la Orden de 14 de octubre de 2004, en la que se establecen las subvenciones que perciben para el curso escolar 2004/2005, son las siguientes:

- En Burgos los niños de larga convalecencia la llevan a cabo voluntarios de Save the Children.

- En León, tanto la capital como la provincia la atención domiciliaria es atendida por voluntarios de Cáritas Diocesana.

- En Palencia, Segovia, Soria y Zamora la actuación la llevan a cabo los voluntarios de la Cruz Roja.

- En Salamanca, se reparten la intervención entre voluntarios de la Asociación Pyfano y Cruz Roja Española.

- En Valladolid, la actuación educativa con niños convalecientes se lleva a cabo entre los voluntarios de Cruz Roja y los voluntarios de Cosocial.

Los trámites que se llevan a cabo actualmente para solicitar la ayuda escolar a domicilio desde su implantación son los establecidos en el año 2009 de acuerdo con la Orden EDU/1169/2009, de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León (BOCYL de 29 de mayo de 2009) Ver Anexo 1c.

d) Con el Área de Programas, Area de Inspección Educativa, Servicio de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León

Las aula hospitalarias o Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias dependen de las Áreas de Programas de las Consejerías de Educación en las Comunidades Autónomas; en nuestro caso concreto, por tanto, de cada una de las Áreas de Programas de las diferentes Direcciones Provinciales de Educación de las provincias donde se ubican las aulas hospitalarias, dentro del Servicio de Atención a la Diversidad, de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León.

La función de las Áreas de Programas de las Comunidades Autónomas es importante. Se trata de funciones referidas fundamentalmente a la coordinación, cuya actividad precede a toda acción desde la potencia en su ejercicio y entre sus cometidos se pueden destacar entre otras, las intervenciones en:

- ♦ La aplicación de los convenios o acuerdos suscritos entre la Administración de Educación y la de Sanidad.
- ♦ Las actividades educativas que se desarrollan en Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias.
- ♦ La atención domiciliaria de enfermos en convalecencia domiciliaria.
- ♦ La formación del profesorado.
- ♦ La relación con las familias y las asociaciones de padres de niños enfermos.

En realidad y como puede apreciarse, se trata de acciones fundamentales, cuyo buen desarrollo determina la realidad de la actividad educativa en los hospitales.

Las Áreas de Programas, dotadas de personas y medios suficientes y adecuados, tienen una trascendente función.

Las Áreas de Programas se relacionan, pues, con los aspectos de atención general a los programas de ayuda, mediante orientaciones, medios, informaciones y apoyos, los más importantes de los cuales se refieren a los profesores y sus actividades.

En el caso de las actividades en las aulas hospitalarias, la atención a los profesionales que trabajan en ellas, sus programas de formación y los recursos necesarios, en general se ha optado, de manera más o menos expresa, por una acción diferenciada y propia de cada centro, se concreta de acuerdo con las características, lo que parece un buen acierto si se asumen los compromisos pertinentes.

Con el Área de Inspección, se viene realizando una coordinación puntual, informando a este Servicio de los Programas

de trabajo que se realizan en las aulas hospitalarias. La Inspección Educativa mantiene un sólido compromiso en lo referente a que la regularidad del proceso formativo esté avalada oportunamente.

Las aulas hospitalarias llevan a cabo cada Curso escolar el Plan de trabajo Anual y la Memoria Final, que presentan en el Área de Programas y en el Área de Inspección de las Direcciones Provinciales de Educación, con los datos que precisa el servicio de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. (Anexos 1e y 1f).

La relación con el Servicio de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León se lleva a cabo por los cauces establecidos a través de las Direcciones Provinciales de Educación.

e) Con otras Asociaciones y Entidades.

El aula hospitalaria, en unas instituciones hospitalarias por ella misma y en otras en conjunción con el Servicio de Atención al Paciente, fortalece las redes y el trabajo de colaboración con las fundaciones y organizaciones que desarrollan experiencias de apoyo y ayuda a los escolares hospitalizados y a las familias.

Cruz Roja, Save The Children, Asion, Magos sin Fronteras, Fundación Magic Andreu, Sonrisas sin fronteras, Correos reparte sonrisas, Museos, Bomberos, Clubs deportivos, Unicef, Funcoe, etc., son algunas de las Asociaciones y Entidades que colaboran (bien mediante programas establecidos con las instituciones sanitarias o educativas de forma continua, o bien de forma puntual), con las aulas hospitalarias de Castilla y León en actividades diversas, implicando en ocasiones al profesor de aula hospitalaria en su desarrollo, por ser conocedor y responsable de la dinámica formativa de la Planta de Pediatría y de ese modo conseguir la coordinación de horarios y fechas del modo más conveniente.

Unas veces con actuaciones, representaciones, entrevistas,... otras con aportaciones de investigaciones, experiencias y estudios sobre temas de interés, consiguen realizar una labor formativa y/o de entretenimiento, complementaria y enriquecedora de la programación formal establecida por el aula escolar. (Anexos 4 y 6).

5.3 Relación del profesor de aula hospitalaria con el ámbito sanitario.

a) Con el personal médico y sanitario.

La relación del profesor hospitalario con el personal médico y sanitario es imprescindible cada día, así como con el resto de personas que intervienen en la atención integral del escolar hospitalizado.

Cada mañana, al inicio de la jornada escolar, es básica la información recibida en la mesa de control de enfermería, sobre la situación de cada uno de los escolares hospitalizados. Información sobre el estado de los escolares que continúan hospitalizados, sus cambios sus pruebas o consultas previstas; anotación de los datos y ubicación de los nuevos alumnos del día junto a su diagnóstico y actuaciones previstas. Tras conocer el estado de la Planta, comienza la visita a las habitaciones, para tener conocimiento personal de los escolares nuevos y la familia.

Después se lleva a cabo la incorporación al aula escolar de todos los alumnos que estén dispuestos y en condiciones de acudir a ella, siendo preciso, a veces, contar con la ayuda del personal sanitario o de algún familiar del escolar, por exigencias del aparataje requerido.

El profesor hospitalario trabaja con el equipo sanitario también desde una doble perspectiva:

1) En la búsqueda de información pormenorizada que aclare la situación real del escolar y su trascendencia para la

concreción de las ayudas en el proceso de adquisición de conocimiento; propiciando antes y en cada circunstancia concreta, la orientación pertinente en temas de salud; así como sobre los tipos de enfermedades, atención más adecuada a la edad, etc.

- 2) Una especificación concreta del tipo de relación entre docentes y sanitarios, interés compartido en abordar temas como circunstancias de los ingresos, manifestaciones del escolar en el aula sobre sus dolencias, comunicación de estados físicos y de ánimo del escolar, permanencias de los alumnos en los hospitales, continuidad o discontinuidad de las estancias, aspectos de la educación que repercuten más claramente en el desarrollo de las enfermedades, formas y posibilidades de relación con los padres y con los propios alumnos, movilidad de los enfermos, reducción en el proceso de hospitalización, cooperación en la adquisición de conocimientos por parte del niño y de los propios profesionales, etc.

b) Con el Servicio de Atención al Paciente y Trabajo Social.

En muchos hospitales fueron los Servicios de Atención al Paciente, por formar parte y encontrarse inmersos en el Plan de Humanización de los Hospitales de los años 80, quienes detectaron la necesidad de atención educativa que precisaban los niños y jóvenes hospitalizados y promovieron la creación de las aulas hospitalarias.

En bastantes hospitales se canalizan las actuaciones referidas a la atención "lúdico-relacional y social" de los escolares hospitalizados, desde los Servicios de Atención al Paciente, Trabajo Social y planta de Pediatría con aula escolar. Así en celebraciones de Fiestas de Navidad, acontecimientos deportivos, Fiestas de la ciudad, etc. Incluso en periodos vacacionales, se mantiene el contacto entre el responsable del Servicio de Atención al Paciente el profesor del aula, para dar continuidad a alguna actividad lúdico-recreativa que pueda llevarse a cabo en la planta de Pediatría.

En los primeros años de creación de las aulas hospitalarias, participaron objetores de conciencia en tareas de Biblioteca y talleres, a través del Servicio de Atención al Paciente. Aún hoy día, en muchos centros hospitalarios se colabora desde el Servicio de Atención al Paciente, en el uso de la Biblioteca del hospital y la organización de encuentros con autores literarios de la región, entrevistas a deportistas, etc.

Está claro que son aspectos que complementan la atención médica llevada a cabo por el personal sanitario y la atención educativa que se realiza en el aula hospitalaria.

La suma de las atenciones de todos estos ámbitos hace posible que se proporcione la atención integral que el escolar hospitalizado precisa.

Respecto a la relación del aula escolar con el Trabajador social podemos decir que además de la colaboración mencionada, es necesaria y fluida en un sentido concreto. Su misión es ayudar a los alumnos enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicosociales relacionados con su dolencia.

Se puede destacar como importante la intervención del trabajador social en todo el proceso de enfermedad como eslabón que mantiene contacto, unión y relación entre el hospital (enfermedad), familia (relación afectiva) y el mundo exterior (relaciones escolares, laborales de entorno, en general, que rodea al individuo).

El conocimiento de que pueda existir una *problemática social* en el escolar hospitalizado, se realiza a través de los profesionales de los Servicios que atienden al alumno cuando acude al centro hospitalario: médicos, enfermeras, profesora del aula hospitalaria, auxiliares, o bien previo al ingreso a través de profesionales de otros centros (centro de salud, colegio, centros de acción social, etc.)

La dinámica familiar existente en el caso de un menor hospitalizado va a ser fundamental durante el proceso de hospitalización.

El trabajador social, cuando se detecta una problemática familiar, va a intentar buscar las posibles soluciones, contando con los recursos existentes y con la colaboración de los organismos implicados en la atención directa al niño y a su familia, como el Servicio de atención al menor de la Consejería de familia, equipos educativos, centros de Acción Social, etc.

c) Con el Servicio de Pediatría, la Dirección médica, Gerencia de Salud, Sacyl, Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

La relación con el Servicio de Pediatría, Jefe de la Unidad y resto de personal médico y sanitario, en general, en todos los centros hospitalarios que nos ocupan, es diario, de colaboración total.

La Dirección médica del centro hospitalario también recibe el Plan de Trabajo Anual del aula hospitalaria y la Memoria final de Curso.

Desde la Dirección médica se cuenta con el apoyo a cualquier iniciativa que suponga la mejora del trabajo que se lleva a cabo en el aula hospitalaria. A veces en alguna Unidad hospitalaria concreta se ha demorado el poder contar con un espacio adecuado para ser destinado a aula escolar o se ha tardado en subsanar ciertas deficiencias materiales, debido a la compleja estructura de las instituciones sanitarias, pero actualmente las condiciones de las aulas escolares y la dotaciones de las mismas se pueden calificar de buenas.

La relación con la Gerencia de Salud, Sacyl y Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se lleva a cabo por los cauces formalmente establecidos.

En celebraciones y actos puntuales, se cuenta con la presencia de los representantes de las instituciones tanto sanitarias como

educativas que participan en eventos del aula hospitalaria, refrendando la importancia de la atención educativa al escolar hospitalizado y a su familia.

6. EXPERIENCIAS Y COMUNICACIONES DE LAS AULAS HOSPITALARIAS.

6.1. El aula escolar vista por alumnos, padres y personal sanitario.

En este apartado se han utilizado historias de vida de alumnos, de cartas o publicaciones, enviadas por alumnos, padres, personal sanitario y educativo, que vierten sus opiniones sobre la atención escolar en las instituciones hospitalarias y presentan aspectos importantes a destacar en las actuaciones y en aulas hospitalarias.

De ello se extrae la necesidad de la existencia de las aulas hospitalarias, la importancia de la atención en todos los aspectos: educativo, afectivo y social del escolar; la importancia de la coordinación y colaboración con los ámbitos implicados en la atención al escolar ingresado y la necesidad de unas cualidades en el profesor hospitalario.

Se incluye el material referente a este apartado en los Anexos 5 y 7 del trabajo (dibujos y texto de alumnos, familias, personal sanitario, profesores).

Apoyada en algunos testimonios, en una breve síntesis podemos indicar:

Cuando te ingresan es como una losa que te cae encima. El clima de acogida y comprensión en el hospital es importante para comenzar a funcionar en este ámbito nuevo. El hecho de poder continuar con la rutina, como es acudir el niño al colegio es importantísimo. (Elena, madre de Raquel de 7 años)

La realidad de la familia cambia totalmente ante el hecho de la enfermedad de un hijo; es todo tan complejo que nos paraliza y se necesita mucho apoyo a lo largo de todo ese tiempo para superarlo. Queremos decir que en nuestro caso lo tuvimos y gracias a todos los profesionales implicados conseguimos superarlo. El cuidado de médicos y enfermeras es fundamental pero muy importante para el chico ha sido contar con una profesora y poder continuar con el curso escolar. (Ramón, padre de Raúl de 1º de E.S.O.)

El aula escolar y las actividades lúdicas ayudan a una pronta recuperación del paciente pediátrico. (Médico pediatra)

Acudir al aula en el periodo de hospitalización supone para el niño una liberación que permite abandonar la habitación y una descarga de la ansiedad y el miedo inherentes a su situación, junto a la posibilidad de proseguir sus estudios y juegos con otros iguales. (Psiquiatra)

El niño está más tranquilo y acepta bien el tratamiento, gracias a la profesora y a la existencia del aula en el hospital. (padre de Luis de 3º de primaria)

Cuando he visitado a María me ha impresionado la naturalidad con la que vivía el hecho de su enfermedad. Enseguida junto a los padres y la profesora hemos fijado el plan para continuar con el trabajo escolar. (profesora-tutora)

Esta experiencia es dura y a la vez enriquecedora. Hemos compartido muchos momentos con el personal sanitario, con la profesora, con el celador, con otros padres, con otros familiares y han surgido verdaderas amistades...La niña siente verdadero cariño por estas personas y cuenta con nuevos amigos que lo seguirán siendo... (madre de Lorena de 6 años).

Las ideas expresadas en estas citas textuales se pueden sintetizar en varios puntos:

- Sensación de soledad y abandono ante la enfermedad.

- Necesidad de apoyo y comprensión.
- Conveniencia de la existencia del aula escolar.
- Importancia de la afectividad en las relaciones.
- Agradecimiento del paciente y familia al personal implicado en el proceso de hospitalización.

6.2. Una atractiva experiencia plasmada por los medios de comunicación.

A lo largo de todos estos años de funcionamiento de las aulas hospitalarias en nuestra Comunidad, los medios de comunicación han demostrado un interés especial por dar a conocer el funcionamiento de estas unidades escolares especiales.

Unas veces son las emisoras de radio y otras veces los canales de televisión quienes solicitan a las instituciones sanitarias y educativas los permisos necesarios para poder realizar trabajos que reflejen la dinámica de la actuación escolar en el aula hospitalaria en ciertas ocasiones, o para reflejar algún evento concreto que tenga lugar en estas aulas hospitalarias.

Pero es quizás la prensa escrita, la que ha ofrecido más información y ha dado a conocer aspectos puntuales sobre la actividad de las aulas hospitalarias.

Debido a ello se ha intentado llevar a cabo una catalogación cronológica de esa información (incluida en el Anexo 6) ofrecida por la prensa, teniendo en cuenta la temática que presenta en relación con nuestro estudio.

Se han establecido diferentes apartados, de acuerdo con las diversas publicaciones y provincias:

- *En el Norte de Castilla:*
 - El Norte de Castilla. Valladolid de jueves 5 de noviembre de 1987: "Valladolid, pionera en el apoyo pedagógico a los niños hospitalizados".
 - Suplemento ESCUELA (Norte de Castilla) de jueves 20 de abril de 1989: "A clase con bata y pijama", "Lo que Hipócrates no tenía previsto".
 - Suplemento ESCUELA (Norte de Castilla) de 21 de enero de 1993: "Los hospitales se convierten en escuelas".
 - El Norte de Castilla (Efe Madrid) de 6 de febrero de 1995: "Nueve mil niños reciben educación en aulas hospitalarias de 26 centros sanitarios".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de lunes 13 de febrero de 1995: "A clase en cama".
 - SM8 - El Norte de Castilla de 18 de septiembre de 1997: "Risas...y lágrimas".
 - El Norte de Castilla Valladolid de martes 7 de abril de 1998: "Los escolares hospitalizados en el Clínico".
 - El Norte de Castilla (Copilsa Madrid) de 18 de mayo de 1998: "Todos los hospitales del Insalud crearán aulas para niños enfermos".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de lunes 1 de junio de 1998: "Todos los hospitales del Insalud tendrán aulas para escolarizar a niños" y "aulas para 4.208 niños en la región de Castilla y León".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de 20 de abril de 2001: "La risa como medicina".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de viernes 26 de noviembre de 2004: "Somos sonrisas en la 8ª del Clínico".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de 7 de marzo de 2005: "Un planetario en el hospital".
 - El Norte de Castilla. Valladolid de 20 de diciembre de 2006: "Winnie the Pooh" visita a los niños hospitalizados".

- *En ABC:*
 - Suplemento Salud y Sociedad de viernes 31 de enero de 2003: Al “cole” con gotero.
 - ABC Salamanca de 8 de junio de 2009: “Atención educativa domiciliaria para niños enfermos”.
 - El Adelanto de 29 de diciembre de 2009: “Sonrisas de Navidad”.

- *En 20 Minutos.*
 - De Valladolid/Castilla y León de 2 de octubre de 2006: “Un oasis dentro del hospital”.

- *En Escuela Española* de 4 de junio de 2009: “Carta abierta a una maestra de hospital”.

- *En Diario de Burgos.*
 - Suplemento Vivir de 15 de abril de 2005: “Un oasis en el hospital”.
 - Suplemento especial de 18 de septiembre de 2009: “La clase del pijama”.

- *El Correo de Burgos:* 31 de octubre de 2007: “Cuando la risa es la medicina” y “Dos pastillas de magia y a casa” (2008)

- *En El Adelantado de Segovia:*
 - “Los títeres llegan al hospital”, 15 de mayo 2004.
 - “Cuentos para ponerse buenos” (2006).
 - “Un carro de ilusión” (2006).
 - “Los doctores sonrisas pasan consulta en el Hospital General” (2006).
 - “Marionetas y magia” (2008)

En varias fechas: Aprender en el Hospital, Actividades, Magia en el aula, los jugadores, el teatro, el Museo arqueológico, etc. son temas aparecidos, tanto en prensa de ámbito educativo y sanitario, como en radio y televisión.

Los contenidos de estas publicaciones se pueden sintetizar en los siguientes apartados:

- Noticias sobre la creación de las aulas hospitalarias tanto a nivel nacional como en nuestra Comunidad.
- Las Nuevas tecnologías en las aulas hospitalarias y su uso.
- Información sobre los aspectos que configuran las actuaciones educativas en las aulas hospitalarias: Número de alumnos atendidos, profesorado, horarios, programas, edades, evaluación.
- Actuaciones y actividades concretas llevadas a cabo en colaboración con diferentes Asociaciones o entidades en aulas hospitalarias.

Todo ello demuestra que la atención al escolar hospitalizado es una realidad establecida en gran parte de nuestros hospitales y es una necesidad que ha evolucionado en el transcurso de todos estos años y que debe seguir siendo atendida, con las innovaciones lógicas, pero sin caer en el dramatismo ni la compasión, sino procurando la atención integral al alumno y la normalización de su vida en el periodo de hospitalización.

6.3. Seminarios y cursos sobre aulas hospitalarias.

La administración educativa y sanitaria aporta publicaciones y material que favorecen y enriquecen la labor educativa en el aula hospitalaria.

En nuestra Comunidad, la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León ha llevado a cabo unos seminarios y cursos para las aulas hospitalarias y la atención domiciliaria escolar. (Anexo 3).

En Segovia, dentro del Programa de Cursos de verano, de la Fundación Universidad de Castilla y León, se llevó a cabo el Curso “Problemática y Estrategias de Intervención con el niño enfermo”, durante los días 3, 4 y 5 de julio de 2002, cuyos objetivos eran:

- ♦ Análisis de la problemática sanitaria personal del niño enfermo.
- ♦ Análisis de las necesidades educativas del alumnado enfermo.
- ♦ El marco legislativo y las medidas previstas desde el sistema educativo y sanitario para la intervención con el alumnado enfermo.
- ♦ Estrategias específicas de intervención previstas con este alumnado.
- ♦ Exposición de algunas experiencias de especial significación referidas a este alumnado.

El 14 de abril de 2005, en Valladolid, la D.G. de Formación e Innovación Educativa de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León organizó el Seminario de aulas hospitalarias y Atención domiciliaria, cuya finalidad era propiciar un punto de encuentro y presentación de iniciativas y buenas prácticas de los profesionales dedicados a la compensación educativa del niño enfermo.

Además de la presentación de las prácticas educativas llevadas a cabo en las siete aulas hospitalarias, la asesora técnico docente del Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Educación de Zamora, presentó la atención educativa hospitalaria y domiciliaria de Zamora, indicando que en el hospital “Virgen de la Concha” de Zamora no hay aula hospitalaria creada como tal, pero sí existe un espacio, una sala de juegos que intenta cumplir la función de aula hospitalaria. La persona especialista que realiza el apoyo a los niños hospitalizados depende del SACYL y no de la

Consejería de Educación; las estancias son breves y el horario de apoyo escolar es de 5 a 7 de la tarde.

La atención educativa domiciliaria en la provincia de Zamora lo realiza Cruz Roja y los destinatarios son los alumnos de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria, siempre que deban permanecer en su domicilio durante un tiempo superior a un mes.

En marzo de 2006, tuvieron lugar en Ávila unas Jornadas formativas de profesores de atención educativa.

La Consejería de Educación, a lo largo de cada curso escolar, ha fijado en ocasiones, fechas de visita a aulas hospitalarias y fechas de encuentro con profesores de las aulas hospitalarias de la Comunidad, para promover la participación e intercambio de experiencias enriquecedoras entre las mismas

6.4. Jornadas y Congresos sobre Pedagogía hospitalaria.

Las Jornadas de Pedagogía hospitalaria se han convertido en el principal acontecimiento nacional de encuentro, referencia y foro de debate de esta materia.

Desde las primeras Jornadas hospitalarias, celebradas en Murcia en 1986, hasta las últimas, que tuvieron lugar en el año 2008, en Cantabria se ha avanzado en la organización del soporte científico de esta nueva rama de la Pedagogía, a partir de las investigaciones y aportaciones no sólo de los docentes hospitalarios, sino también desde algunas de las propias Universidades españolas presentes en las Jornadas, cuyas conclusiones, propuestas y documentos han quedado reflejados en las actas y en la cada vez más numerosa y rica bibliografía que hoy en día existe sobre esta materia.

Fruto de estas reuniones, verdaderos semilleros de ideas y nuevas experiencias y en las que la administración siempre está presente, nacen los estímulos para la implantación o mejora, en

todas las Comunidades autónomas, de las aulas hospitalarias; la ampliación de los servicios de Apoyo educativo domiciliario a niños convalecientes o que, por prescripción médica, tienen problemas para asistir a sus centros; las mejoras en las instalaciones; los recursos pedagógicos; las iniciativas privadas en la red, etc.

De estas Jornadas surgen como ocurrió en Toledo, (también se fraguó en Madrid una iniciativa parecida), la idea de crear la primera Asociación Nacional de Profesores de instituciones Sanitarias de España, para la defensa de sus intereses profesionales, que participó en la creación de los vínculos con la Hospital Organisation of Pedagoges in Europa (HOPE).

Aunque en los primeros años de celebración de las Jornadas, la estructura de organización, dependencia y coordinación del aula hospitalaria, aparecía con diferencias notables entre las distintas zonas de España, en la actualidad y con las transferencias de educación asumidas ya por cada Comunidad Autónoma, podemos decir que el Organigrama se ha unificado, aunque aún puedan existir pequeñas variaciones.

Según los datos plasmados en el trabajo referido a “La Pedagogía hospitalaria a través de la evolución de sus Jornadas” de 2006 y teniendo presente las síntesis de las fichas y las cuatro categorías, establecidas en el trabajo,- *temática, emisor de la comunicación, estructura de presentación y ámbito de destino*-, se pueden anotar estos aspectos:

❖ En lo referente a *la temática*, como idea o asunto nuclear de los mensajes que se quieren transmitir y en porcentajes, la evolución es:

En el inicio de las Jornadas el aspecto *administrativo*, la dependencia del profesorado a nivel laboral (M.E.C. o INSALUD), las condiciones de creación de las aulas, las relaciones del aula hospitalaria, son los aspectos más preocupantes, lógicamente por lo que de nueva y aislada tenía la situación.

En la actualidad la casi totalidad del profesorado que atiende las aulas o Unidades educativas en centros hospitalarios pertenecen a la Administración Educativa

Los aspectos *legislativos*, escasos en los comienzos, van tomando fuerza y van proporcionando un marco legal cada vez más preciso a las actuaciones en las aulas hospitalarias.

La Pedagogía hospitalaria, emerge con fuerza y se contrasta su estado y sus avances en España y fuera de España.

El niño enfermo es el objeto de esta rama de la Pedagogía y su porcentaje en el tratamiento temático, indica la importancia dentro del amplio contenido de todas las Jornadas, pues su conocimiento es fundamental.

La atención escolar al niño enfermo, es el eje fundamental de las Jornadas; hace preciso situarse en el contexto hospitalario: conocer la terminología médica básica, las características psicosociológicas del niño y adolescente enfermo, según las diferentes etapas evolutivas, los efectos de los tratamientos y su repercusión a nivel físico, de rendimiento académico y afectivo.

El profesor de aula hospitalaria. Es el destinatario prioritario de las Jornadas. Ha de estar preparado para organizar un aula, desarrollar el currículo necesario con las adaptaciones precisas, trabajar dentro de un equipo multidisciplinar, desempeñando múltiples roles, para afrontar el dolor y las situaciones difíciles, colaborando, sopesando lo prioritario en cada instante, transmitiendo confianza y apoyo, mediante el diálogo y la compañía, para conseguir su objetivo.

Los derechos de los niños hospitalizados, a partir de su aprobación por el Parlamento Europeo en 1986, han figurado ampliamente en todos los programas de las Jornadas de Pedagogía hospitalaria celebradas.

Los derechos de los niños hospitalizados dieron lugar a unas Jornadas, en exclusiva sobre ellos mismos, que tuvieron lugar en Oviedo en 1987 y en el IV Congreso Europeo celebrado en Barcelona, en el año 2000, se les vuelve a dar protagonismo marcado, siendo el título de dicho Congreso “Trabajamos por los derechos del niño enfermo”.

Los recursos en el *aula escolar, la escuela*, se van enriqueciendo y contando con mayor número de ellos, desde sus orígenes. Las *experiencias y talleres* presentados y puestos en marcha, son numerosos actualmente.

La atención domiciliaria, a partir de mediados de los años 90 ha ocupado múltiples comunicaciones en las Jornadas y las *Asociaciones de Pedagogía hospitalaria y de apoyo al niño enfermo* han ido teniendo mayor presencia.

Probablemente lo más novedoso de las decisiones sobre Pedagogía hospitalaria llevadas a cabo en los últimos años ha sido la incorporación de las *Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación*. Utilizar los medios tecnológicos para favorecer el desarrollo afectivo y social de la personalidad e impulsar la expresión y comunicación tan necesaria en alumnos hospitalizados, a través de aulas en línea, Ciberaulas con colaboración de diferentes entidades, etc. es muy importante en el contexto hospitalario.

❖ En cuanto *al emisor de la comunicación*, de acuerdo con el ámbito de procedencia de las personas que intervienen en las Jornadas, se obtienen los siguientes resultados:

Los porcentajes mayores de expositores provienen del mundo educativo, seguidos de cerca del mundo sanitario, como es lógico, al ser sectores que conforman y participan propiamente el ámbito de actuación. Pero hay que anotar el alza de los emisores restantes que ven aumentada su presencia por las exigencias de los cambios sociales y formativos, así se constata una presencia mayor de

exposiciones procedentes de ámbitos sociales, artísticos y tecnológicos y familiares.

También hay que reseñar que la zona de procedencia de ponentes o participantes abarca el espacio nacional con toda su variedad y riqueza. En cada una de las Jornadas se observa mayor número de exposiciones procedentes de la zona donde se celebran las mismas, aunque se va notando un aumento progresivo de la presencia de otras zonas nacionales y también de participantes procedentes de fuera de nuestras fronteras.

❖ *La estructura de presentación.* En cuanto a prioridad de modos de exposición se destaca lo siguiente:

El modo expositivo es el más utilizado, siendo las Ponencias generalmente de mayor contenido y rigor científico, las que ocupan el punto de arranque de las Jornadas, seguidas de las Comunicaciones que en número mayor, con fundamento científico pero con una gran carga emocional y experimental, en general, ofrecen amplitud de temas basados muchos de ellos, en experiencias prácticas. Las presentaciones con las Nuevas tecnologías, los vídeos y posters ayudan a clarificar mediante imágenes y gráficos estas exposiciones.

La estructura participativa, compuesta por las mesas redondas y el debate ofrecen puntos de vista diferentes sobre una misma temática, o bien ayudan a completar la visión de semejante situación desde diferentes perspectivas, propiciando una mayor participación.

La estructura que se ha denominado propiamente práctica, como los talleres y las experiencias, tienen bastante aceptación en las exposiciones, por conseguir una identificación mayor de los participantes con la temática presentada y también por el material utilizado que suele tener perspectivas de divulgación.

Se ha reservado un apartado exclusivo para las nuevas tecnologías porque cada vez ocupan un mayor protagonismo y

suponen una herramienta de avance inigualable, tanto para el trabajo escolar en el ámbito hospitalario y el desarrollo de la Pedagogía hospitalaria como para facilitar y hacer posible intercambios y actuaciones interactivas muy enriquecedoras en las temáticas de las Jornadas.

El apartado final que comprende alegaciones y síntesis, incluyendo conclusiones y propuestas, está presente en todas las Jornadas. Supone la concreción e intercambio de opiniones y puntos de vista con actuaciones enriquecedoras.

❖ El *ámbito de destino*. Se puede precisar lo siguiente:

El apartado referido al ámbito educativo es el que se perfila como el máximo destinatario de las Jornadas, aunque sea con connotaciones diversas y específicas en diferentes ámbitos de la educación. Los profesionales de la salud también representan un alto porcentaje como receptores, seguidos del ámbito social y en menor frecuencia del psicológico y familiar.

Es normal que sean los ámbitos educativos y sanitarios los que acaparan el mayor índice de destinatarios, con presencia significativa de sectores pertenecientes al campo de la psicología, el trabajo social, la familia y las asociaciones relacionadas de alguna forma con la Pedagogía hospitalaria.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Una vez que hemos realizado los correspondientes procesos de análisis e interpretación de los datos, vinculados a las categorías determinadas, nos parece oportuno centrarnos a continuación en extraer una serie de conclusiones que reflejen de forma sintética los aspectos más relevantes de nuestra investigación y que nos va a permitir también elaborar algunas propuestas encaminadas a potenciar aquellos aspectos que consideramos positivos y modificar, minimizar o incluso eliminar aquellos otros que no estén contribuyendo favorablemente al desarrollo de la actividad objeto de nuestro estudio.

1- En la actualidad la mayor parte de las instituciones hospitalarias de la Comunidad de Castilla y León cuentan entre sus dependencias con un aula donde son atendidos los escolares que se ven obligados a pasar un tiempo en el hospital lejos de sus centros escolares de origen.

Se constata que desde hace bastantes años se encuentran inmersas en el sistema sanitario español Secciones pedagógicas que han ofrecido diferentes modelos de intervención con niños y jóvenes que durante un periodo de tiempo, más o menos prolongado, deben permanecer ingresados en un hospital, pero es a partir de los años 80, con la filosofía de la integración escolar y el proceso de Humanización de los hospitales cuando se establecen las aulas hospitalarias, con la conceptualización actual, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

La atención educativa no es subsidiaria desde hace tiempo, es fundamental y trascendente; se entiende como una forma esencial de contribuir a lograr una buena calidad de vida en el escolar hospitalizado y es a esta consideración a la que se quiere dar respuesta.

Las aulas hospitalarias son necesarias para que la hospitalización no interrumpa el desarrollo cognitivo, afectivo y social del escolar. Es muy importante que continúe con su aprendizaje para que cuando regrese al centro educativo no se haya «quedado atrás».

En estas aulas se proporciona apoyo escolar con todo lo que ello significa y acudir a ellas sirve para que el escolar hospitalizado al dejar la habitación, se olvide, en parte, de su enfermedad y disfrute de momentos de formación y ocio, desconectando de la dolencia y los posibles temores. En consecuencia, la acción pedagógica en el hospital está orientada a conseguir un desarrollo equilibrado del niño que permanece en hospitalización.

Esto es, lo que se intenta con las aulas hospitalarias, que tratan de empujar la educación en el hospital en una dirección humana, porque se puede aprender de las diversas experiencias.

Las aulas hospitalarias son como escuelas pequeñas que favorecen la interrelación, la vivencia de los conflictos, por parte del alumnado, con otros compañeros, así como la oportunidad de la conversación, el trato con adultos, la comprensión por parte de éstos de las necesidades profundas de los escolares hospitalizados...

Cada aula tiene su propia historia, su dinámica interna o su manera de concretar los modos dominantes de enseñar y aprender, pero la mayoría mantiene una misma estructura organizativa, una agrupación del alumnado, unos tiempos y espacios parecidos y, aunque con diversas metodologías, llevan a cabo el mismo currículo, el establecido oficialmente y unas tareas similares.

En esquema podemos presentar el entramado de atención al escolar hospitalizado así:

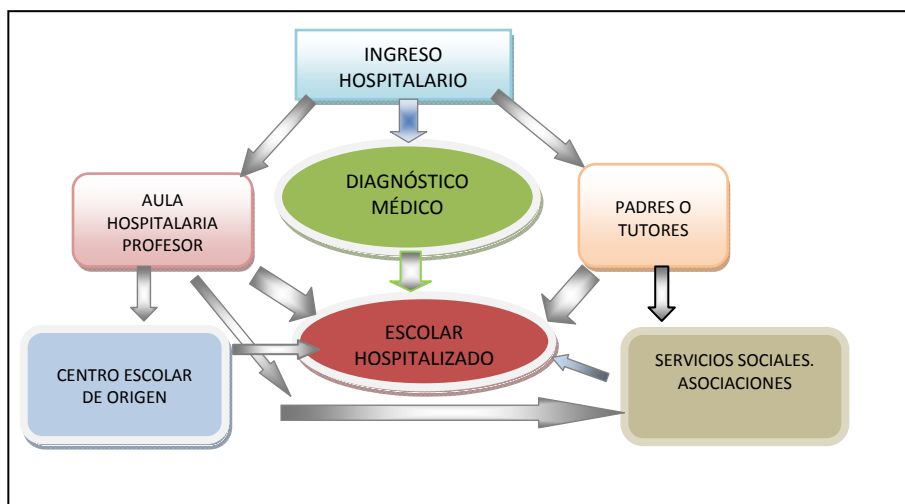


Gráfico 12: Respuesta al escolar hospitalizado.

2- Las aulas hospitalarias escolares se encuentran ubicadas en las plantas de Pediatría de los hospitales y reúnen unas condiciones específicas para favorecer el acceso y movilidad del paciente-escolar, así como para facilitar la coordinación de actuaciones que se llevan a cabo con los mismos.

El contexto en el que se imparte cualquier aprendizaje y por tanto, en el que se ejerce la función educativa, no es algo trivial. En toda la tarea pedagógica desarrollada en el aula y en las habitaciones de los niños, el contexto hospitalario es clave, porque todas las actuaciones y actividades escolares giran y se articulan de forma irremediable, en torno a él.

Las clases, aunque insertas en este contexto peculiar, dentro del marco hospitalario, tienen su identidad de clase como tal, reflejando un espacio alegre, relajante y luminoso.

La tarea de educar en un espacio hospitalario plantea unas dificultades y unos retos peculiares. Si educar siempre es una tarea

difícil donde intervienen muchos factores (el educador, el educando, el contenido, etc.), podemos decir que entre todos estos factores, el entorno, el lugar donde ésta se lleva a cabo, tiene un influjo especial. Es muy distinto educar en un hospital que educar en un colegio o instituto. Los ritmos de intervención, los tiempos, las presiones del entorno, el marco de actuación, el paisaje humano y estructural...cambian radicalmente y ello incide en el hecho educativo.

No se puede olvidar el lugar y la orientación del acto de educar, pues la acción educativa puede quedar frustrada y dificultar la consecución del objetivo perseguido.

La ubicación del aula hospitalaria en la planta de Pediatría es la más apropiada al permitir el acceso fácil y cómodo, conjugar perfectamente la atención médica y la pedagógica.

En lo que respecta a las características físicas de la clase, es importante el haber logrado que sea amplia y suficientemente grande para alojar sillas de ruedas, aparatos, máquinas, sueros e incluso a veces camas de tracción y permitir el movimiento en las actividades.

También la decoración y ambientación se presenta acorde con las características y el gusto de los escolares, para crear un ambiente agradable y placentero en el ámbito hospitalario pero a la vez, no excesivamente estimulante.

3- La dotación de recursos, tanto materiales como organizativos y personales, influye de manera determinante en la intervención y el funcionamiento del aula hospitalaria.

Los recursos didácticos son todos aquellos elementos o medios (materiales, humanos y organizativos) que el profesor puede utilizar para planificar y desarrollar las actividades de enseñanza y aprendizaje. En el aula hospitalaria se aprovechan todos los recursos, abundantes y atractivos que nos brinda el entorno hospitalario, como: lugares (habitaciones especiales, pasillos, salas de

exploración...), personas (compañeros, padres, deportistas, escritores,...), materiales de desecho cartones, tubos, radiografías,...), materiales del aula (fichas, biblioteca, herramientas para collage, grabados,...), material para adaptaciones (atril, espejo, fijadores,...), sin olvidar la gran importancia de los recursos audiovisuales e informáticos.

Los libros de texto, los cuadernos de trabajo del alumno que los complementan, las fichas, son materiales de uso directo por parte del alumno y por tanto muy operativos. Son el primer pilar de la actuación, permitiendo una intervención inmediata aunque el alumno no aporte su propio material. La incorporación sucesivamente de programas educativos con el uso de ordenadores supone un recurso insustituible, junto al material creado por los propios alumnos en los talleres diversos como el de expresión plástica, etc.

La gran variabilidad del alumnado hospitalizado, exige respuestas educativas heterogéneas diversas, pues se atiende desde alumnos con una situación escolar absolutamente normalizada hasta alumnos con deficiencias sensoriales, congénitas o accidentales, o con dificultades de aprendizaje, por lo que se dispone de materiales estrictamente específicos que ayuden a dar la respuesta educativa adaptada a la necesidad planteada. Se busca, en definitiva, encontrar en cada situación qué materiales permiten desarrollar mejor el proyecto educativo en el contexto hospitalario.

En resumen se intenta normalizar todo cuanto sea posible la situación escolar de los alumnos hospitalizados y, desde esa normalización, atender a la diversidad que cada día se presenta, mediante ayudas de tipo personal, técnico o material, para que cada alumno logre los objetivos de su nivel educativo, teniendo en cuenta su nivel de competencia curricular.

Los recursos educativos son unos de los elementos de acceso al curriculum y de apoyo imprescindible para el proceso de enseñanza-aprendizaje, sin ellos difícilmente podría darse desde el aula

hospitalaria, la respuesta educativa adecuada a las necesidades que presentan los alumnos.

La hospitalización puede ser un buen momento para fomentar la afición a la lectura, para ello se dispone de una amplia biblioteca. Además del servicio de préstamo, se cuenta con el rincón de lectura en el que los libros están expuestos y al alcance de los niños.

Es preciso subrayar como instrumento imprescindible y de gran utilidad en el aula hospitalaria, el ordenador. La incorporación de las Nuevas tecnologías al aula es ya una realidad desde hace bastantes cursos, explotando sus distintas posibilidades como herramienta, destacando el uso de programas educativos y la comunicación a través de internet.

Se sigue potenciando el desarrollo de proyectos, así como facilitar el intercambio de información y experiencias entre alumnos y profesores, presentar materiales curriculares, programas y documentaciones; favorecer la dinámica de comunicación ya consolidada, con propuestas de actividades con un grado de complejidad mayor, invitación para participar en un chat el alumnado de aulas hospitalarias, realizando, creando un foro de encuentro entre alumno, familia y centros escolares.

Los recursos personales son de gran trascendencia en el proceso educativo y lúdico llevado a cabo en el aula y provienen de la Administración Educativa, de la Administración Sanitaria, de otras entidades colaboradoras y también de las propias familias.

Entre el personal perteneciente al ámbito educativo, se encuentra el profesor de aula hospitalaria, profesionales de otras aulas hospitalarias, tutores y profesores de otros centros educativos, asesores de las Áreas de Programas educativos, asesores de centros de profesores, Área de Inspección de Educación, dependientes de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. También se cuenta con la colaboración de personal educativo de otras Comunidades autónomas.

En cuanto al personal de ámbito sanitario cabe destacar el personal del propio centro hospitalario como excelente colaborador en el funcionamiento del aula hospitalaria: Servicio de admisión, Celadores, Servicio de mantenimiento y limpieza, Servicio de Atención al paciente, Trabajador social, Personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares), Dirección del hospital.

Las entidades colaboradoras, Asociaciones y Fundaciones participan con personal voluntario y proporcionan materiales que enriquecen actuaciones puntuales con los escolares hospitalizados.

Las propias familias suponen un gran apoyo y ayuda en la labor educativa que se lleva a cabo con los alumnos en un centro hospitalario y sobre todo en los momentos de ocio y tiempo libre.

4- La jornada escolar y el horario de atención educativa al alumno hospitalizado están condicionados por los diversos aspectos de organización interna de la institución hospitalaria.

Todas las aulas hospitalarias presentan pautas similares de funcionamiento y modelos organizativos análogos, a pesar de las particularidades propias de cada Institución hospitalaria.

El Calendario escolar por el que se rigen las aulas hospitalarias, es el Calendario Escolar Oficial establecido por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León.

Respecto al establecimiento de la jornada escolar podemos decir que ha ocurrido lo mismo que en la mayoría de los centros educativos y en estos últimos años se ha ido implantando la jornada escolar continuada también en las aulas hospitalarias.

En la actualidad la jornada escolar está establecida, en horario continuado de 9 h. a 15 h., por considerar que se adapta mejor a la organización de los tiempos marcados en el centro hospitalario, a la dinámica de los centros escolares y por acomodarse bien a la mecánica de pruebas, trámites de informes y resultados médicos.

Teniendo en cuenta que se acoge a niños con enfermedades leves, graves y crónicas, su permanencia en el centro hospitalario será menor o mayor, lo que también depende de las especialidades y las secuelas de los tratamientos que deben aplicarse. Incluso algunas enfermedades requieren que el niño, cada cierto tiempo vuelva al hospital, posiblemente un solo día, al Servicio de Hospital de día, para hacerle una prueba y renovar el tratamiento que sigue en su casa. Estos niños, que conocen a los profesores de las aulas hospitalarias, prefieren pasar la espera con ellos y con los compañeros del aula. Los profesores tienen que tener presentes estas circunstancias así como las características de los alumnos que permanecen una jornada o dos solamente.

No podemos dejar de anotar que el ajuste del horario de atención educativa está condicionado siempre por los diversos aspectos, a veces imprevisibles, de organización interna del hospital, visitas médicas, etc. En función de los mismos, la distribución propuesta goza de cierta flexibilidad.

Se puede establecer, aún así, como generalizado en todas las aulas, la siguiente distribución de horarios:

De 9h. a 10 h. es el tiempo dedicado a la coordinación: con compañeros, con el personal tanto de la planta como con el externo (Servicios, Trabajador Social, tutor,...) preparación de actividades, eventos, primeros contactos con alumnado y familias nuevas, etc.

De 10 h. a 13 h. se lleva a cabo el trabajo en el aula y en las habitaciones, atendiendo fundamentalmente las áreas de Lenguaje y Matemáticas. El trabajo se realiza con ayuda de los medios informáticos y el software didáctico. Se trabajan las áreas de expresión y los diferentes talleres.

La llegada de la comida, a las 13h, establece el descanso e interrumpe las actividades escolares, hasta las 13:30 horas.

En esta última sesión, hasta las 15 h, se finalizan las tareas y talleres inacabados y se proponen otras actividades y juegos lúdico-recreativos, en grupo.

En fechas y actos puntuales el profesor de aula hospitalaria coordina, colabora y participa en actividades complementarias cuya programación requiere llevarse a cabo fuera del horario escolar establecido.

El factor «humanización» sigue estando presente en las instituciones hospitalarias donde se integran las aulas hospitalarias con las actividades lúdicas, teatrales, musicales, payasos, magos, etc. para conseguir el apoyo al escolar hospitalizado y a la familia, como un proyecto unívoco desde todos los sectores implicados.

5- La población de un aula hospitalaria es extremadamente heterogénea, tanto por las distintas edades y niveles educativos que presentan los alumnos ingresados, como por el tipo de enfermedad y tratamientos médicos a que son sometidos.

La atención pedagógica hospitalaria cada día llega a un mayor número de alumnos, principalmente en los niveles de Educación Infantil, Primaria y Secundaria y de manera creciente extiende su radio de acción a las consultas, hospitales de día, atención Psiquiátrica infanto-juvenil y atención domiciliaria. Se plantea una educación diferencial, para atender de forma más específica las necesidades que surgen en cada caso y se valora una intervención adecuada para estancias de corta, media y larga duración.

De los resultados obtenidos en la presente investigación se extraen datos que señalan que en general en los hospitales de nuestra Comunidad, se está produciendo un cambio en cuanto a la duración del tiempo de hospitalización de los alumnos; los avances médicos suponen un descenso en el número de estancias medias y largas y se cuenta con un índice alto de estancias cortas e intermitentes, lo que obliga, como es lógico, a replantear el Plan de trabajo y las actuaciones educativas en el aula. Las nuevas necesidades implican

una adaptación del contenido y de las actividades (educación para la salud, educación en valores, etc.)

El aumento de las estancias cortas, exige una perfecta integración de actividades curriculares con aumento de actividades lúdico-formativas desde una perspectiva de complementariedad.

De igual modo se deduce que son los alumnos con estancias largas y medias (enfermedades crónicas) los más susceptibles de presentar alteraciones emocionales y sociales además de las propiamente escolares, por lo que su atención es claramente diferencial.

Cada día aparecen y desaparecen alumnos y el profesor debe estar preparado para improvisar actividades y, además, contar con que unas veces están animados y dispuestos a trabajar y otras veces se encuentran tan desanimados que no es fácil que se centren en los trabajos normales educativos que, sin embargo, con diferentes estrategias hay que abordar del mejor modo posible.

Es cierto que cada aula hospitalaria lleva a cabo las actividades centradas en el seguimiento y la realización de programas individuales bien elaborados por los tutores y los profesores de aula hospitalaria, pero muchas veces la puesta en práctica real se queda en la mera intención por diferentes causas (estancia demasiado corta, gravedad de la dolencia, etc.), siendo lo importante dar la respuesta adecuada y propicia, en cada momento concreto, a la necesidad surgida con la finalidad de establecer la “normalización” aconsejable que se exige.

6- La organización y funcionamiento de las aulas hospitalarias quedan reflejados en los Planes Anuales de Trabajo y las actuaciones y resultados en la Memoria final de Curso.

A pesar de las diferencias existentes entre las aulas hospitalarias, su organización y funcionamiento comparte unos criterios generales uniformes, reflejando como es lógico, las

particularidades derivadas de los aspectos característicos que son diferenciales de cada una de las instituciones hospitalarias.

Esos aspectos, junto con los demás elementos de planificación de las actuaciones en el aula, quedan reflejados en los Planes Anuales de trabajo.

En estos Planes se concretan los datos de identificación del aula hospitalaria, así como los distintos elementos de la programación anual de las actuaciones en el aula.

También se exponen los elementos que configuran el plan de actuación, reseñando los que son generales y comunes a todas las aulas hospitalarias.

El Plan de trabajo incluye, entre otros:

- El análisis del contexto hospitalario (datos de identificación, situación, participación del entorno, consideraciones, desarrollo de las actuaciones del aula hospitalaria, etc.
- Objetivos.
- Principios y aspectos metodológicos.
- Actuaciones para la consecución de los objetivos propuestos, como actividades de enseñanza-aprendizaje en torno al currículo escolar, actividades lúdico-formativas, dirigidas a mejorar la salud personal, psico-afectiva y social del escolar hospitalizado, actividades complementarias, en horario escolar o extraescolar, actuaciones a desarrollar con otros profesionales sanitarios, grupos o asociaciones colaboradoras, etc.

La realización de todas estas actividades sólo es posible con un modelo organizativo flexible, adaptado a los factores condicionantes que están presentes en cada aula hospitalaria.

- La coordinación tanto interna (grupos, distribución de espacios, alumnado aula/encamado, personal sanitario, familias, etc.) como externa (centro educativo de origen,

Administración Educativa, Sanitaria, Equipos Educativos, profesores de centros hospitalarios y escolares, Asociaciones y entidades que desarrollan acciones en el ámbito hospitalario...)

Al finalizar cada curso escolar se realiza una Memoria de carácter analítico que contiene, entre otros aspectos, un estudio estadístico, que aporta datos significativos en cuanto al número de alumnos atendidos, niveles, estancias, procedencia, dolencias, etc. así como comentarios, exposiciones de actuaciones, relaciones, logros y propuestas futuras que permitan mejorar la dinámica del proceso educativo del curso siguiente en cada una de las aulas hospitalarias.

Las aulas hospitalarias presentan el Plan de Trabajo Anual y la Memoria final de cada curso al Área de Programas y al Área de Inspección de Educación de las Direcciones Provinciales de Educación y también a la Dirección de los hospitales.

7- Los procesos de aprendizaje cooperativo como estrategia inclusiva son de gran importancia en la dinámica del aula escolar dentro del contexto hospitalario.

El momento actual vuelve a facilitar las prácticas inclusivas en los centros escolares y se van formalizando iniciativas y esfuerzos que las desarrollan.

La Pedagogía hospitalaria asume propuestas de la educación inclusiva con éxito, arbitrando medidas necesarias para atender al escolar enfermo tanto en la institución hospitalaria como cuando permanece convaleciente en el domicilio, exigiendo una coordinación entre profesor, familia, médicos y personal relacionado.

Las familias, que comparten las decisiones educativas sobre los alumnos hospitalizados, colaboran de forma activa en la dinámica del aula.

En el aula hospitalaria se rompe a veces con la lógica del orden escolar establecido, se piensa la relación educativa de manera radicalmente distinta, se mezclan alumnos y alumnas de diferentes edades en el mismo espacio, se plantea una intensa participación de la comunidad escolar que trasciende la relación con otros entornos (educativos, familiares, etc.), apoyados en las nuevas tecnologías, cuando se considera necesario.

Una comunicación fluida y sincera, respeto y dignidad en el trato entre familia y profesorado, confianza y fiabilidad en la relación establecida, conocimiento de las agrupaciones, colaboraciones, adaptaciones y modificaciones que los profesores hacen en el aula con una visión inclusiva, son imprescindibles para dar respuesta a la diversidad.

El aprendizaje cooperativo es una herramienta eficaz para incrementar el rendimiento académico, mejorar el clima, la solidaridad e inclusión de todo el alumnado. Y por ello se le presta atención al diseñar y desarrollar las actuaciones del aula para contribuir a unas de aulas más inclusivas.

Se constata que es de gran importancia el apoyo, la mediación y colaboración entre los compañeros del aula hospitalaria para obtener buenos resultados tanto a nivel escolar como emocional y conseguir un buen ambiente en la clase.

Todas las personas involucradas en este proyecto educativo aceptan "sin tapujos" el concepto de colaboración, por apreciar los beneficios en la práctica diaria.

Pero cabe realizar algunas distinciones: la distinción entre colaboración y cooperación y entre aprendizaje colaborativo y aprendizaje cooperativo.

En el aprendizaje cooperativo, el control por parte del profesor es muy elevado: establece la tarea para el trabajo en grupo, proporciona la información precisa, estructura con un método

preciso el trabajo en grupo y señala el producto final esperado. Por ello, este modelo es más conveniente para la enseñanza y aprendizaje de conocimientos básicos, cuando los escolares están empezando a trabajar en grupo. Sin embargo, en el aprendizaje colaborativo, los grupos disfrutan de una mayor autonomía para decidir la forma de trabajo y el profesor adopta la figura de mediador; para lo que se requiere en los estudiantes un cierto nivel madurativo.

Por ello el aprendizaje cooperativo se entiende como una técnica de trabajo, mientras que el aprendizaje colaborativo responde más a una forma de pensar y de actuar.¹⁷

En este sentido resulta positivo en el aula establecer y fomentar espacios de trabajo colaborativo, apoyados en las nuevas tecnologías, en los que cada parte asume sus tareas previamente discutidas y pactadas. Resulta beneficioso promover “comunidades de actividad de aula”, donde se apuesta por un clima de trabajo favorable y donde la información y las decisiones se articulan horizontalmente.

El aprendizaje cooperativo requiere de una división de tareas entre los componentes del grupo donde cada uno se responsabiliza de su parte para, más tarde, poner en común los resultados.

En el aprendizaje cooperativo el profesor diseña y mantiene la estructura de interacciones y resultados que se han de obtener. En el aprendizaje colaborativo la responsabilidad del aprendizaje recae, principalmente en el alumno.

¹⁷ La colaboración es distinta a la cooperación, como las define Th. Panitz (1997):

- La colaboración es una filosofía de la interacción y un estilo de vida personal en el que las personas son responsables de sus acciones, incluido el aprendizaje, respetando las habilidades y contribuciones de sus iguales
- La cooperación es, sin embargo, una estructura de interacción diseñada para facilitar el logro de un producto final específico o una meta, a través del trabajo en grupo de personas.

Vygotsky (1989-1995) también aporta ideas claras acerca del mecanismo que promueve el aprendizaje en contextos colaborativos. Encontramos dos interpretaciones de su pensamiento; la primera de ellas argumenta que es el compromiso, que un individuo establece con un grupo de personas para llevar a cabo una acción colaborativa, el principal motor del desarrollo de nuevas competencias en su persona. Éste, gana en conocimiento y desarrolla nuevas competencias como resultado de la internalización que ocurre en un contexto de aprendizaje colaborativo. En la segunda interpretación, la colaboración se convierte en facilitadora del desarrollo cognitivo del sujeto; ofrece una visión más social de los aprendizajes, siendo el compromiso mutuo y la construcción compartida del conocimiento sus principales mecanismos. Esta perspectiva afirma que el conocimiento surge a través de una red de interacciones y es distribuido y mediado entre quienes interactúan (humanos y herramientas) (Cole y Wertsch, 1996).

8- La actividad pedagógica con los escolares enfermos en instituciones hospitalarias o convalecientes en sus domicilios, se va ampliando cada vez más, lo que enriquece el marco de actuación de la Pedagogía hospitalaria.

En estos momentos se cuenta con experiencias considerables de atención Psicopedagógica al niño hospitalizado y adolescente (Anexo 2 a) que han ampliado el marco de actuación de la Pedagogía hospitalaria¹⁸.

La Administración Educativa en nuestra Comunidad de Castilla y León considera la Pedagogía hospitalaria dentro del apartado de Educación Compensatoria, con la intención de paliar las desventajas educativas de los escolares enfermos y convalecientes, así como la posible discriminación que esto suponga frente al resto de

¹⁸ Así lo plasma la experiencia presentada por LORENZO DELGADO, M. y LÓPEZ MARTÍN, A. (2008) sobre el estudio de un caso de intervención escolar de glioma óptico infantil, mediante videoconferencia.

los niños y jóvenes que pueden continuar su proceso escolar dentro de los cauces normales del Sistema educativo.

Los efectos producidos por la marginación que el sistema educativo pueda generar, con respecto a la vida escolar de los escolares enfermos, preocupa cada vez más a la sociedad, independientemente de que la intervención educativa desde que la nueva legislación pasó del MEC a las Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas también se haya acercado más a la realidad vivida por estos alumnos.

En estos últimos años y dado el incremento de niños y adolescentes necesitados de una atención médica especial como es la atención Psiquiátrica, en algunas instituciones hospitalarias se ha abierto camino otra nueva modalidad, dentro de la atención educativa hospitalaria, la recibida en las aulas de Psiquiatría Infanto-juvenil y de Hospital de Día Psiquiátrico donde se atiende a los alumnos que requieren un tratamiento psiquiátrico con carácter continuado y controlado.

El aumento de las hospitalizaciones en los Servicios de psiquiatría Infanto-juvenil y de jóvenes que ven suspendida su escolaridad por trastornos psíquico/psiquiátricos, potencia las actuaciones conjuntas entre las aulas de dicha Sección y las aulas escolares hospitalarias que conviven en la institución hospitalaria.

Del mismo modo se ha conseguido la Atención escolar domiciliaria, llevada a cabo mediante convenios de la Administración Educativa con Asociaciones o profesionales de modo puntual, para dar continuidad al proceso educativo, cuando el alumno no precisando permanecer ingresado en el centro hospitalario tampoco puede asistir a su centro escolar normal.

Pero ampliando el ámbito y considerando, como lo hace Polaino-Lorente (1990), la definición de Pedagogía hospitalaria como una especialidad de la Pedagogía Social que se ocupa de la realización práctica de la educación individualizada, con personas que se

encuentran en una situación problemática, ocasionada por la enfermedad y la hospitalización, inmediatamente, llegamos a que los objetivos básicos de la Pedagogía hospitalaria son los de estudiar y clarificar los modos de ayudar a asumir la dolencia como parte integrante de la existencia humana y de ofrecer alternativas de normalización de la vida a través de la educación.(González-Simancas,1990)

Teniendo en cuenta las anteriores definiciones, los objetivos básicos, la actividad ya desarrollada y los resultados obtenidos hasta el momento, podemos decir (en línea con Quintana-Cabanas, 1986) que si bien la atención educativa está en marcha y se desarrolla la atención al escolar hospitalizado, el gran reto actual de la Pedagogía hospitalaria, está (y se escuchan propuestas en este sentido) en la atención formativa a los adultos, que son también sujetos de un progresivo perfeccionamiento educativo.

Los grupos que demandan también una asistencia y atención en el ámbito hospitalario son los jóvenes hospitalizados (desde 16 años), adultos hospitalizados y los padres de los escolares hospitalizados, que ven como apoyo importante, el acompañamiento formativo en el hospital.

En el siglo XXI sigue primando la formación de la persona a lo largo de toda la vida y en el mundo actual donde todo avanza con más rapidez, surge la necesidad de capacitar a las personas en el uso de las nuevas herramientas tecnológicas. Poco a poco, las aulas hospitalarias junto a su labor educativa, se presentan como centros de orientación, de investigación, de recursos.

9- En la actualidad se cuenta ya con unos documentos técnicos y legales importantes que avalan la actuación pedagógica y contemplan las medidas de apoyo precisas dirigidas al alumnado hospitalizado o convaleciente.

En nuestro ordenamiento jurídico, el artículo 39 de la Constitución Española afirma que "los niños gozarán de la

protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos".

Desde una perspectiva internacional, cabe destacar la Convención Internacional sobre los derechos del niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989, así como "La Declaración de los Derechos de los Niños" aprobada en 1959.

En el ámbito europeo, podemos señalar "La Carta Europea de los Derechos de las niñas y niños hospitalizados" aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986 y en la que se reconocen 24 derechos.

En todos los países han ido surgiendo normas y decretos que configuran y precisan las actuaciones educativas en las instituciones hospitalarias que cuentan con atención Pediátrica en sus Servicios.

En la Comunidad de Castilla y León, se han ido conformando Planes y disposiciones legales que avalan y favorecen el desarrollo del proceso de atención al escolar enfermo y convaleciente.

Las actuaciones educativas que desde estas aulas se desarrollan van destinadas principalmente al niño enfermo y hospitalizado en edad escolar obligatoria, aunque se extiende también al alumnado de Infantil y Enseñanza Secundaria Postobligatoria.

Entre las últimas normativas publicadas por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, citamos la Orden de Educación (ORDEN EDU/1169/2009), de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

10- El niño o joven enfermo que acude a un hospital recibe una atención pedagógica adaptada a sus características, ya que es un paciente, pero también es una persona-discente que tiene el derecho y el deber de seguir educándose.

Para que el alumno hospitalizado no permanezca inactivo y siga desarrollando su rol de escolar y realizando las tareas que le son propias, las escolares, se han establecido medidas de atención a la diversidad que garantizan la continuidad del proceso escolar normal, tendiendo puentes entre el hospital, el domicilio familiar y la escuela de origen del niño.

Con esa finalidad existen las aulas hospitalarias y es en ellas donde se desarrolla mayoritariamente la intervención educativa, pero también en las propias habitaciones del hospital con los niños que deben permanecer en ellas.

La asistencia a las aulas se considera obligada aunque dependiente de la autorización de los padres o tutores. Asisten, la mayoría, porque los escolares lo prefieren, los padres lo creen conveniente y porque los mismos médicos se lo aconsejan, siempre teniendo en cuenta el estado físico y psicológico del escolar.

Los profesores, en cada caso, los visitan y trabajan de acuerdo con lo que les permite su salud. Durante el horario de permanencia en las aulas los alumnos alternan sus actividades educativas con las pruebas médicas que deben realizarles; a veces la visita médica se lleva a cabo en el mismo aula, otras se precisa acudir a la habitación y en otros casos, los celadores recogen a los niños en el aula para acompañarlos a realizar las pruebas pertinentes y, al finalizar las mismas, los acercan de nuevo al aula para poder reintegrarse y proseguir con las actividades escolares.

En muchas ocasiones, para garantizar la atención individualizada que responda a las necesidades y a las expectativas de todos, el profesor se traslada a la cabecera del enfermo. No es siempre posible proponer a un niño enfermo, aunque en ocasiones

lo piden ellos mismos, trabajos meramente escolares. En ese caso se establece una “pedagogía de alterne o rodeo”: actividades *a priori atractivas* que van a favorecer la actividad del alumno, darle un sentido lúdico que conduzca con agrado a realizar tareas propiamente del currículo.

El profesor continuamente propone herramientas destinadas a provocar y a dinamizar la acción, la comunicación, a favorecer la expresión del escolar. De esta manera el alumno se interesa más tarde por la adquisición de nuevos conocimientos.

Dado que el aula es también un lugar de socialización, el profesor se asegura de que cada joven se integre en una “comunidad de estudiantes”. Lo que al principio no es a veces fácil pero que generalmente se consigue y funciona bien en el hospital.

El joven puede y se comunica con los demás mediante su participación en obras colectivas: redacción de diarios, intercambios entre aulas, participación en Concursos, utilización de internet, etc.

Se parte de concebir el aprendizaje como un proceso y una función más allá del aprendizaje escolar y que no se circunscribe solamente al alumno. Constituye realmente un entramado complejo la atención al escolar hospitalizado y convaleciente.

La enfermedad del escolar introduce una realidad objetiva, con la que a veces no se sabe qué hacer, pero ante la que no se puede proceder como si no existiera.

Los escolares hospitalizados, generalmente, cuando llegan al aula son portadores de informaciones médicas y representaciones fantasmáticas sobre el funcionamiento de su cuerpo y sobre su dolencia que han de “metabolizar” para ocupar un lugar en su pensamiento. Además el escolar presenta un nivel de autonomía diferente según la etapa de desarrollo en que se encuentre y desde esta perspectiva la intervención educativa se hace imprescindible

para utilizar sus capacidades y hacer proyectos que permitan seguir aprendiendo y desarrollándose en relación con su entorno.

El aula, la escuela, es el medio más natural para el escolar, de 3 a 16 años, después de la familia; en el aula del hospital el niño o joven ingresado, enseguida se siente escolar, con unas tareas a realizar, las cuales van a hacerle olvidar sus problemas, socializarse, acortar el tiempo y seguir aprendiendo.

Con los alumnos, en cualquiera de los casos, se realiza una enseñanza personalizada que procura evitar el desfase académico mediante «un currículo individualizado, abierto y flexible», llevando a efecto un conjunto de actividades coordinadas con el centro de procedencia del enfermo. Además de las actividades propiamente académicas, se atienden las necesidades afectivas, emocionales, se potencian las actividades de socialización, mediante trabajos en grupo de temas de actualidad, conmemoraciones, celebraciones, juegos simbólicos que ayudan a vencer ciertos miedos y ansiedades que pueden aparecer en el alumno hospitalizado, con los tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas a los que son sometidos. Éste es el significado desde el que se busca el conocimiento, al que la capacidad de simbolizar pertenece.

Cada vez se tienen más en cuenta y en los estudios llevados a cabo sobre el tema así lo apreciamos, las “capacidades evolutivas de los alumnos” y el concepto de “resiliencia”. Se confía en las capacidades evolutivas de los niños aunque estén enfermos. Una adecuada consideración de las necesidades del niño hospitalizado es útil para aliviar la dureza de la enfermedad a través de experiencias constructivas. Esto significa que en el plano educativo la experiencia de la enfermedad tiene aspectos positivos y de hecho se comprueba que un niño o adolescente que ha sufrido una dolencia tiene un grado de madurez superior al de otros compañeros.

Desde la actuación educativa en las aulas hospitalarias se hace todo cuanto está al alcance para que los escolares adquieran un máximo de autonomía, para que puedan ejercer responsabilidades en la sociedad. En definitiva para que superen “los momentos de patito feo” y se logre “el momento de esplendoroso cisne”. (Resiliencia)

11- En toda actuación pedagógica con el alumno hospitalizado se lleva a cabo una evaluación tanto del alumno como de las fases del proceso.

La atención educativa se lleva a cabo desde el ingreso en el hospital del escolar hasta su reincorporación de nuevo al colegio o centro de origen. El profesor hospitalario está presente en el proceso educativo del escolar durante el tiempo de ingreso, relacionándose con el profesor de centro y con el Servicio de Atención escolar a domicilio, cuando es preciso.

Cuando se produce el ingreso y una vez que el alumno y la familia se encuentran ubicados, tras los trámites médicos necesarios, se produce la intervención del profesor de aula hospitalaria, para evitar la interrupción con la dinámica escolar del alumno. Se inicia en este momento un proceso evaluador.

La evaluación del alumno comprende una evaluación inicial que nos permite seleccionar el tipo de tareas a realizar. En un primer momento puede ser suficiente con la información ofrecida de forma oral, por el propio alumno y por su familia, confirmándola después por la realización de las tareas propuestas y si la estancia se prolonga, se contrasta con la información aportada por el tutor del centro de procedencia. Se realiza la evaluación procesual de carácter formativo y continuo y la evaluación final, para largas estancias, cuyo objetivo es dar información al profesor-tutor sobre la programación seguida durante el período de hospitalización, de sus resultados y de todos aquellos datos que se consideran de interés para su conocimiento.

El proceso de evaluación se lleva a cabo también de forma personalizada y se hace de acuerdo con las aptitudes de cada alumno

y con sus posibilidades. En el aula hospitalaria hay que evaluar teniendo presente el estado del escolar y teniendo como referente los conocimientos previos del alumno, para establecer, a partir de los mismos, los avances conseguidos y la posterior toma de decisiones.

Los instrumentos de evaluación son variados: fichas, test, entrevistas orales, etc.

La evaluación final de la actuación, se realiza valorando las distintas actividades cuyos resultados se reflejan en la Memoria final del curso.

12- La acción educativa en la Institución hospitalaria se adapta a las tres fases inherentes a la hospitalización: ingreso, estancia y alta.

Cada uno de estos momentos o fases del proceso en que se encuentra el escolar ingresado presenta generalmente unas características y conductas diferentes. Así podemos señalar:

a) En la fase de ingreso o admisión, el escolar se incorpora a la Planta bien de forma programada desde el domicilio o después de haber pasado un tiempo en el Servicio de Urgencias e incluso desde otros centros hospitalarios.

En estos casos el alumno suele sentir una mezcla de curiosidad, inquietud, inseguridad y ansiedad, por el miedo a lo desconocido y el temor a la escasa información sobre su dolencia o pruebas médicas, siempre amenazantes. De otra parte percibe el temor y la ansiedad de la familia. Por tanto es necesario ayudar a reducir esa angustia e intranquilidad tanto del escolar como de la familia. El profesor y el personal médico son los encargados de llevar a cabo dicho cometido desde sus competencias correspondientes.

b) En la fase de estancia propiamente dicha, ocurre que se va incrementando el grado de asimilación y aceptación de la situación;

las informaciones son más precisas y se comienza a producir un reajuste en la dinámica tanto del escolar como de la familia.

El conseguir establecer un ambiente similar al medio familiar y escolar, influye en la recuperación que producirá en el escolar enfermo seguridad y confianza.

Es importante llevar a cabo una conveniente orientación a la familia con relación a la actitud que deben tener ante la enfermedad, a la conducta más adecuada para favorecer la adaptación del niño en el hospital.

Los profesionales atienden toda una serie de necesidades que surgen en el niño tales como: apoyo afectivo especial, adaptación del niño a la institución, atención curricular para intentar minimizar la pérdida escolar, relación con amigos y la preparación para integrarse cuando salga del hospital en la familia, en la escuela y en el medio social.

Es por ello que la presencia de un equipo multiprofesional en el centro hospitalario que atienda los diferentes aspectos de la persona del escolar y la familia, se hace imprescindible.

c) La fase del alta: En esta fase hay que tener en cuenta la situación personal del enfermo y de la familia.

El alta es casi siempre motivo de alegría, tanto para el escolar como para la familia, aunque a veces encontremos casos de escolares que no desean recibir, por sentirse a gusto y cómodos en el hospital y en el aula hospitalaria, lo que lleva a plantearse ciertos aspectos relacionados con el ambiente familiar o social del alumno. Pero sin tener en cuenta esas excepciones, podemos decir que el momento del alta es un momento emotivo, cargado de alegría, satisfacción y agradecimiento, vivido tanto por el alumno y la familia como por el personal médico, profesor del aula, compañeros y resto de personal relacionado con el alumno.

En los casos de alta temporal, con la perspectiva de volver a encontrarse, la despedida se lleva a cabo con afecto, dando ánimos y apoyo esperanzado para adaptarse a la situación de “vaivén” domiciliario-hospitalario, que se requiere.

Cuando el alta médica se produce, después de una estancia larga, con confianza y “habiendo preparado ya el camino durante el ingreso” en colaboración con el centro escolar de origen y la familia, se consigue la incorporación sin dificultad del alumno a su clase y centro de procedencia.

13- La exigencia de una atención integral al escolar hospitalizado hace que desde las aulas hospitalarias, se planteen tanto objetivos pedagógicos como psicológicos y sociales.

El escolar hospitalizado no puede sufrir fragmentación en la atención a sus necesidades, por motivo de una dolencia y es la exigencia de su atención integral lo que hace programar unos objetivos pedagógicos, psicológicos y sociales relacionales desde las aulas hospitalarias.

Entre los objetivos pedagógicos:

- Continuar el currículo establecido en su nivel, con las adaptaciones curriculares necesarias.
- Motivar para mantener la inquietud por aprender
- Aprovechar el contexto hospitalario para introducirle en nociones relativas al cuidado del cuerpo y sus consecuencias en la salud.
- Desarrollar valores de generosidad, ayuda, convivencia, aceptación de diferencias.
- Facilitar su integración escolar, una vez superada la enfermedad.

Entre los objetivos psicológicos:

- Proporcionar apoyo emocional.

- Disminuir las vivencias negativas, conseguir quitar miedos irracionales y procesos de angustia.
- Fortalecer su personalidad.
- Mejorar su autoestima
- Cubrir necesidades afectivas, docentes y lúdicas...

Entre los objetivos sociales:

- Evitar la ruptura con el mundo exterior.
- Favorecer el proceso de humanización hospitalaria.
- Fomentar las relaciones entre los alumnos.
- Apoyar a los padres.

Las tres dimensiones son imprescindibles y están ampliamente relacionadas.

No se puede pensar en una atención fragmentada al escolar hospitalizado. Para seguir desarrollando toda su personalidad junto a la atención sanitaria, clave en todo proceso de hospitalización, el alumno precisa de una atención a nivel pedagógico, psicológico y social.

14- Los profesores de aulas hospitalarias tienen bien definidas sus funciones y para conseguir la atención integral al escolar hospitalizado su actividad está inserta en una actuación conjunta multiprofesional.

Los profesores de aulas hospitalarias, según la normativa legal son profesores funcionarios y necesariamente han de ser profesionales polivalentes, con una gran versatilidad y flexibilidad, con experiencia previa en el aula, con una gran capacidad de adaptación y empatía, conocedores de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación y con un gran sentido del humor.

Pero además de su labor como profesionales de educación, conocen también las funciones, competencias, relaciones y

actuaciones de cada una de las personas implicadas en ese proceso global de desarrollo del escolar hospitalizado, lo que permite proporcionarle una atención integral.

El centro de la actividad es el alumno hospitalizado y son muchos los agentes implicados en su atención. Cada uno de estos agentes (aula hospitalaria, médicos, personal sanitario, familia, centro de origen, instituciones relacionadas, etc.) tiene un cometido específico y está en interacción con los otros.

En concreto, las aulas hospitalarias existen en los hospitales públicos y los encargados de las mismas son profesores cuyo rol está dirigido a: ofrecer al escolar apoyo, estimulación y unos lazos reconocibles con su vida normal; ayudarle a reducir la sensación de miedo y temores que infunde el hospital; explicar las normas y actividades del hospital, con sus aspectos positivos; ayudar al alumno hospitalizado a mantener su progreso académico; acompañarle en su proceso, junto a la familia y al personal sanitario

En consecuencia, el profesor del aula escolar del hospital, tiene unas funciones claramente definidas: *Función educativa, compensadora, preventiva, terapéutica, normalizadora, integradora, relacional.*

Destacamos la función relacional por ser la que abarca un campo de actuación más amplio, ya que supone actuaciones con:

- El niño.
- La familia.
- Personal sanitario.
- Servicios hospitalarios.
- Servicios sanitarios (Consejería de Sanidad).
- Servicios educativos (Dirección Provincial de Educación, Consejería de Educación).
- Profesorado y centros educativos.

En el cuadro siguiente se presentan, de forma gráfica, las interrelaciones que esta función conlleva:

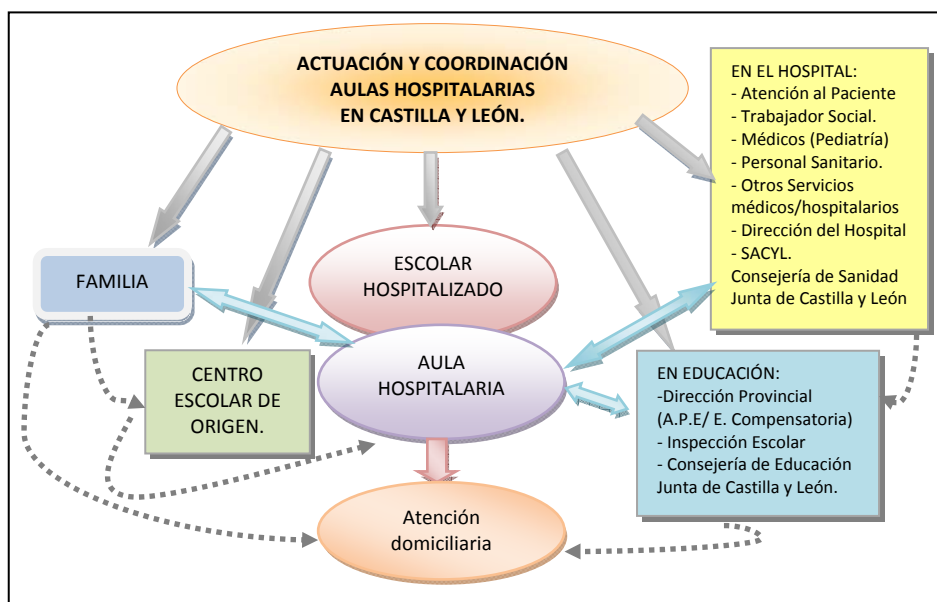


Gráfico 13: Interrelaciones del aula hospitalaria.

15- Las Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias y de Atención Educativa Domiciliaria dependen de las Áreas de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación de la Consejería de Educación.

Las Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias están dirigidas a la compensación de desigualdades en educación y pretenden ser un modelo homogéneo de organización flexible y adaptada a la realidad hospitalaria que haga posible una atención educativa adecuada a las necesidades del alumnado hospitalizado.

Las Áreas de Programas de las Direcciones Provinciales pertenecientes a la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León desarrollan funciones referidas fundamentalmente a la coordinación y se refieren esencialmente a:

- La aplicación de los convenios o acuerdos suscritos entre la Administración de Educación y la de Sanidad.
- Las actividades educativas que se desarrollan en Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias.
- La atención domiciliaria de enfermos en convalecencia domiciliaria.
- La formación del profesorado y su participación en Jornadas y Cursos.
- La relación con las familias y las asociaciones de padres de niños enfermos.

En realidad y como puede apreciarse, se trata de acciones fundamentales, cuyo buen desarrollo determina la realidad de la actividad educativa en los hospitales.

Las Áreas de Programas, dotadas de personas y medios suficientes y adecuados, tienen una trascendente función.

Las Áreas de Programas coordinan, entre otros, todo lo relacionado con los aspectos de atención general a los programas de ayuda, mediante orientaciones, medios, informaciones y apoyos, los más importantes de los cuales se refieren a los profesores y sus actividades.

En el caso de las actividades en las aulas hospitalarias, la atención a los profesionales que trabajan en ellas, sus programas de formación y los recursos necesarios, en general se ha optado, de manera más o menos expresa, por una acción diferenciada y propia, de cada centro y concreción, por parecer lo más acertado.

Con la evolución del sistema de atención sanitaria y la atención escolar, el trabajo pluridisciplinario debe entenderse como “intra y extraespacio”. Cada vez más es preciso establecer lazos entre grupos formales y las autoridades del mundo médico y escolar.

Desde la Dirección Provincial de Educación se reciben orientaciones para la elaboración del plan de actuaciones y memoria fin de curso, con referencia al rendimiento escolar de los alumnos; análisis y valoración de los resultados académicos, objetivos y grado de consecución, valoración del programa de actividades complementarias y extraescolares, intercambios, instalaciones, etc.

16- La formación de los profesionales que atienden un aula hospitalaria se basa en lo que se denomina naturaleza de la Pedagogía hospitalaria: papel que le corresponde como profesional de la educación dentro de la entidad de su trabajo.

Si en todo supuesto son destacables las decisivas cualidades que deben caracterizar la persona y la actividad de los profesionales de la educación, esto necesita ser especialmente remarcado en su trabajo dentro de los ámbitos hospitalarios.

Para este trabajo es necesario poseer una formación teórica y una integridad personal que haga surgir en el alumno enfermo la confianza, al propiciarle orientación, aprendizaje, ayuda, apoyo y cariño, elementos eficaces en los momentos difíciles de la hospitalización.

El profesor de aula hospitalaria tiene la ocasión de trabajar cara a cara con el alumno y por tanto, de realizar un trabajo educativo muy personalizado.

Dentro de las competencias básicas que orientan la labor pedagógica podemos considerar tres perfiles que entendemos como principales e importantes.

El primero de ellos, está relacionado con la comunicación. La comunicación es muy importante y el trabajo con el alumno en una situación individualizada hace necesario su cuidado: implica trabajar la expresión oral, la comunicación gestual, la expresión escrita, el silencio y la reflexión. Y dentro de la comunicación también es importante saber escuchar.

El segundo perfil se refiere al aprendizaje polivalente, interdisciplinar, la exigencia de unos conocimientos que permitan dar continuidad al curriculum escolar, con el manejo de la informática y las Nuevas tecnologías.

El tercero se refiere al mundo de las emociones y los sentimientos. En el aula hospitalaria este perfil adquiere especial relieve a través de gestionar los sentimientos se puede motivar y facilitar el aprendizaje.

La formación de los profesores de aula hospitalaria debe ocupar una parcela importante a tener en cuenta en los Planes de estudio de las Facultades de Educación y la Pedagogía hospitalaria debe formar parte de los programas de formación del profesorado, lo que en el momento actual no está sucediendo en el grado deseable.

Si es cierto que hasta ahora no se exigía una formación específica para trabajar en el ámbito de la Pedagogía hospitalaria en ningún país de la Unión europea, no lo es menos que ha ido en aumento la necesidad, sentida y expresada por los profesionales, de potenciar esa formación, aprovechando la experiencia adquirida y haciendo posible el intercambio de trabajos y la realización de proyectos conjuntos.

Hoy día esta formación se ve favorecida, además de por los Cursos demandados y por los realizados entre profesores de modo presencial de un mismo ámbito regional o nacional, por la posibilidad de formación on-line que permiten las Nuevas tecnologías.

17- La celebración de Cursos y Jornadas de Pedagogía hospitalaria son pieza clave enriquecedora para la actuación escolar en instituciones hospitalarias.

Tanto los Cursos como las Jornadas de Pedagogía hospitalaria permiten el contacto y el intercambio de experiencias, indispensables dada la especificidad y el aislamiento que esta labor conlleva.

Las dolencias, la incertidumbre o las dificultades que tanto los niños como los jóvenes enfermos han de superar, demandan una presencia efectiva y afectiva de los profesionales de la educación y de la salud.

Se ha demostrado que los Cursos, los Seminarios y sobre todo las Jornadas de Pedagogía hospitalaria que se han venido celebrando a lo largo de estos años, han hecho posible el encuentro de estos profesionales que a diario están inmersos en una dinámica de trabajo absorbente, en un mismo espacio, pero sin tiempo de comunicar y exponer a los demás propuestas, mejoras, resultados que llevan a cabo, etc.

Estas Jornadas permiten la reflexión colectiva, el enriquecimiento con el intercambio de experiencias y proyectos educativos, la implantación de una formación continuada de los profesionales, la coordinación e interrelación de los profesores, con la implicación de la familia y de otros sectores profesionales que también inciden en las tareas con el escolar hospitalizado, como son los trabajadores sociales, servicios de orientación, instituciones de menores, asociaciones colaboradoras y la sociedad en general.

18- El apoyo afectivo de las personas implicadas en el proceso, entre las cuales están los padres, los profesionales de la sanidad y de la educación, son básicos en la recuperación del alumno hospitalizado.

La hospitalización, bien por dolencia o accidente, implica en mayor o menor grado, falta de seguridad, miedo, temor y ante ello es necesaria una actitud firme y de apoyo afectivo constante por parte de la familia, de los docentes y del personal médico, para que los alumnos hospitalizados vuelvan sin secuelas a su vida normal, tras recibir el alta médica.

La enfermedad y la hospitalización producen en el niño y su familia un impacto emocional fuerte. La capacidad para superar esta situación depende de varios factores, tales como: características de la enfermedad, factores propios del niño (temperamento, experiencias anteriores, etc.), estructura y funcionamiento familiar, etapa de desarrollo del niño, tiempo de hospitalización y apoyo recibido previamente y durante la misma (actitud del equipo médico-sanitario, cercanía de los padres...), etc. Así pues, ante una hospitalización todos estos factores deben contemplarse con un gran respeto.

La presencia de la familia, el saber estar junto al escolar, sin permisividad innecesaria, con el respeto a normas y horarios, es fundamental para conseguir una mejor adaptación del escolar al hospital. Cuando los padres transmiten tranquilidad, el alumno supera la pasividad y dependencia, facilita el trabajo de los profesionales que los atienden, contribuyendo a la mejora de la enfermedad.

Los médicos y personal sanitario con trato afable, explicaciones cuidadosas sobre la dolencia y propuestas alentadoras, eliminan concepciones erróneas y favorecen el «halo de seguridad» que necesita toda estancia hospitalaria, apoyando a las familias y animando a los escolares para acudir al aula y continuar con sus

tareas escolares y lúdicas propias de su edad, confirmando los beneficios que aporta el recurso de la escolarización.

El profesor representa el medio normal por ser figura conocida y tranquilizadora para el escolar. Simboliza la vida cotidiana. El profesor con su presencia y propuestas hace que el escolar hospitalizado se vuelva activo, autónomo. Se dirige a él como alumno: el niño o joven vuelve a tener señas de identidad, lo valora con relación a su entorno. El profesor proporciona la oportunidad de llevar a cabo actividades diversificadas para que conserve o vuelva a encontrar el placer del conocimiento y el deseo de aprender y comunicarse. Al ayudarlo a proyectarse hacia el futuro, la escolarización es un factor de pronóstico positivo.

La escuela como sabemos no es terapéutica en sí misma, pero tiene efectos terapéuticos.

Las aulas hospitalarias actúan como nexos entre los centros de referencia, los tutores, los padres, el equipo sanitario y los profesionales de la educación, creando un entramado afectivo fundamental. Las actividades educativas, considerando la situación del escolar ante el conocimiento, significan un gran apoyo para él.

La actividad escolar precisa que el escolar sienta seguridad y tranquilidad, fruto del conocimiento mutuo y de las relaciones e interacciones gratificantes que se producen y que son trascendentes para la continuidad del proceso educativo en el hospital.

Los programas flexibles e individualizados, así como la planificación de actividades en colaboración con los centros escolares, mantener la inquietud por seguir conociendo y los hábitos de trabajo, organizar actividades y juegos que favorecen el desarrollo y el uso de tiempos libres son procedimientos necesarios de los que se deriva un mejor y más ajustado acoplamiento en el medio excepcional en el que está el alumno enfermo. Con todo ello se disminuyen las experiencias negativas y se favorece la autoestima del alumno.

Los profesores de los centros de referencia, llevan a cabo una buena tarea de apoyo, para no romper los lazos que unen al escolar hospitalizado con el contexto del centro escolar y estimulando la continuidad relacional con los amigos y compañeros, además de ser claves en la buena marcha del proceso educativo durante el tiempo de ingreso.

19- Los estudios sobre calidad de la educación en aulas hospitalarias preocupan y están cada vez más presentes en la investigación y la innovación en este ámbito educativo.

Aunque no es tema de frecuente recurrencia, podemos decir que la acción pedagógica referida a alumnos del sistema educativo que por razón de enfermedad permanecen hospitalizados o imposibilitados para acudir a su aula normal, es preocupación honda de aquellas personas que son afectadas. Lógicamente esta inquietud exige reflexionar sobre cómo hacer que esos alumnos no sólo no pierdan, en lo posible, su ritmo escolar sino que, en la propia enfermedad, se vean asistidos eficazmente por la acción educativa.

Los estudios sobre calidad de la educación en aulas hospitalarias no son tan frecuentes, en la investigación educativa, como lo han sido y son los referidos a la calidad de la educación en los centros ordinarios. Podemos decir que con las aportaciones hechas se han puesto de manifiesto una serie de aspectos relacionados con la calidad de la misma y comprometidos, principalmente, con la mejora del desarrollo integral de los niños que asisten a estas aulas.

Entre los aspectos fundamentales que se apuntan como determinantes en la calidad de educación, destacan la diversidad del alumnado y la formación del profesor, materiales de que disponga o la organización de los espacios y tiempos.

Son los aspectos vinculados al proceso educativo que tiene lugar en el aula los que consideramos como más destacables para el logro de los objetivos educativos.

Son múltiples los factores incluidos en la repercusión de un modelo de calidad en el aula hospitalaria y que se concretan: en el profesor (formación y experiencia), objetivos, metodología, evaluación, aspectos formales y organizativos del aula, la estructura física del aula, los grupos, los materiales, las actividades y el clima en el aula, la equidad, el respeto a la libertad de iniciativa, la participación de los padres, del personal relacionado con el aula tanto escolar como sanitario, las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC).

Para conseguir una atención de calidad al escolar hospitalizado hay que tener en cuenta que todos esos factores deben situarse y desarrollarse en un clima basado en la comunicación y el apoyo emocional al enfermo. Y al hablar de comunicación son inherentes la empatía, el compromiso y el interés real por el niño/adolescente y su familia.

Un ejemplo de innovación o intercambio de experiencias para avanzar en la calidad de la respuesta educativa es la llevada a cabo durante varios cursos entre aulas hospitalarias diferentes con programas para potenciar el hábito lector, con entrevistas a escritores compartidas por videoconferencia, realización del periódico escolar, concursos de preguntas y respuestas,... (Anexos 2b y 4).

La reflexión, discusión y acciones se orientan en torno a estos dos ejes:

- Establecimiento de nuevas metodologías docentes que permitan optimizar el rendimiento de los estudiantes y favorezcan su expresión y comunicación, logrando la reducción del miedo y la ansiedad.

- Favorecer el aprendizaje autónomo del estudiante y utilizar métodos innovadores que fomenten la participación de los estudiantes mediante metodologías activas, generando materiales y recursos para el trabajo autónomo del estudiante.

En esquema, se representaría de la siguiente manera:



Gráfico 14: Modelo de calidad de aula hospitalaria.

La excelencia profesional, la calidad de la educación, depende de la buena profesionalidad individual pero también de los medios y recursos de las instituciones y la implicación de la sociedad y las administraciones.

20- El aula hospitalaria presenta unas peculiaridades que le diferencian del aula escolar ordinaria.

El aula hospitalaria aunque en esencia participa del mismo significado educativo que cualquier otra aula escolar presenta ciertas peculiaridades asociadas a la circunstancia especial del escolar que atiende y al hecho de estar enmarcada en un contexto hospitalaria. Así, encontramos:

- El aula hospitalaria está “al lado de la habitación del alumno” o incluso “su habitación es el aula”. El centro escolar de origen del alumno hospitalizado está en la calle, el alumno sale de casa y acude a él.
- El aula hospitalaria, por el número más reducido de alumnos que acoge se convierte en un aula de relación más próxima, tendente a hacer de la misma un contexto humanizado, de tal manera que se potencien las relaciones particulares, con adultos o con otros escolares, o incluso la posibilidad de estar solos es respetada.
- La asistencia al aula del hospital, en cierto modo se puede considerar voluntaria y condicionada, dependiendo del estado del escolar. La asistencia del escolar al aula de su centro de origen es obligatoria
- En el aula hospitalaria se realiza una atención individualizada y también grupal. La atención en el aula normal suele ser grupal.
- El aula hospitalaria es un grupo heterogéneo (diferentes edades, diferentes niveles escolares). Se produce una convivencia inter-edades (de observar y compartir con los mayores, se aprende, se avanza). El grupo aula del centro de referencia, es un grupo más homogéneo (misma o parecida edad, nivel escolar más próximo...).

- El grupo del aula hospitalaria es variable, se producen cambios constantes de alumnos, se aprecia la diversidad del alumnado, impulsando un respeto profundo por las personas y sus circunstancias. El grupo clase del centro de procedencia es fijo, el mismo a lo largo del curso.
- La programación del aula hospitalaria es flexible y con posibilidad de adaptaciones. La programación para el curso escolar en el aula ordinaria, en gran medida, es fija y estable
- En el aula hospitalaria todo está supeditado a la dolencia y al tratamiento médico. En la institución hospitalaria, a veces, se pone en crisis la idea que tenemos asimilada del currículo como plan secuenciado y homogeneizado de aprendizaje, pues se produce la no linealidad del aprendizaje y del crecimiento. En el aula normal las actividades, el horario y el ritmo de desarrollo cumple el orden establecido.

No se trata de “*hacer lo que se quiera*”, sino de asumir lo que se hace y de vivir los conflictos, las dolencias y las alegrías con visión personal y teniendo en cuenta a los demás, para “ayudarnos y ayudar”.

- En el aula hospitalaria a veces hay que introducir cortes y ausencias a lo largo del horario y de la programación establecida. El alumno cumple el horario completo en el aula de su centro escolar.
- En el aula hospitalaria existe un solo profesor encargado de la misma que ha de tener presentes las vivencias de los escolares y su proyección en la dinámica escolar. En el centro de referencia existe un tutor y otros profesores que atienden al escolar.
- El aula hospitalaria convierte el recreo en momento de “relax, de juego y conversación formativa” que favorece el

aprendizaje personal, no meramente cognitivo y la socialización, aunque sea en el mismo espacio. El tiempo de recreo se contempla en el aula escolar como de descanso y cambio de espacio, generalmente salida al aire libre (patio, etc.).

- En el aula del hospital los padres “pueden permanecer” en el aula para favorecer la estancia del escolar si fuere preciso y participar en tareas. En el aula del centro, los padres acuden puntualmente a participar en alguna actividad.
- La comunicación entre padres y el profesor de aula hospitalaria es fluida y constante. La comunicación entre padres y profesores de un centro se lleva a cabo de acuerdo con horarios establecidos.
- En el aula hospitalaria el escolar está inmerso en un ámbito escolar enmarcado a su vez en un contexto hospitalario. En el aula normal el alumno está inmerso en un ambiente propiamente escolar.

21- El alumnado hospitalizado y las familias presentan altos niveles de satisfacción con la atención, formación y trato recibidos en el aula hospitalaria destacando la humanidad, amabilidad y preparación de los profesionales encargados de la misma.

Son múltiples las manifestaciones de felicitación y agradecimiento, por parte de las familias de escolares hospitalizados hacia las aulas hospitalarias y son numerosas las creaciones literarias, plásticas y gráficas de los alumnos que plasman su satisfacción por estar en el aula del hospital.

Las variables que más contribuyen a esa percepción de satisfacción por la existencia del aula hospitalaria son:

Seguridad. La existencia del aula y la personalidad y preparación profesional del profesor son vistas como elementos que proporcionan seguridad tanto al escolar hospitalizado como a la familia.

La presencia del aula hospitalaria y la figura del profesor les inspiran confianza. Valoran muy positivamente el hecho de que el alumno hospitalizado pueda permanecer en un medio escolar y continuar con su formación a pesar de su dolencia y también la posibilidad que se les brinda durante ese tiempo de ausentarse del centro hospitalario para atender a otras obligaciones personales o de trabajo.

También inspira confianza que el trabajo de los pediatras, enfermeras y profesor esté bien coordinado, para tranquilidad del alumno y de los padres.

Empatía. Los padres expresan como dato positivo la capacidad de empatía que perciben en el profesor de aula hospitalaria y marcan como importante que el profesor siempre se dirige al niño o joven por su nombre (no por el número de cama) y le trata con amabilidad y respeto.

Acompañamiento. Los padres se sienten bien acompañados e informados en el ingreso, durante la hospitalización y en el momento del alta, (además de por el personal sanitario en lo referido a las cuestiones médicas), por el profesor que se da a conocer, les comunica el horario y explica la dinámica del aula escolar. Además, destacan la accesibilidad de estos profesionales para plantearles dudas en cualquier momento.

Capacidad de respuesta. El profesor siempre muestra buena disposición para resolver con rapidez cualquier problemática relacionada con el acceso al aula o con el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno hospitalizado.

Dotación del aula hospitalaria. La ubicación y el ambiente del aula son considerados como favorecedores del desarrollo del proceso formativo del alumno. El horario se considera adecuado.

La limpieza y el mobiliario son calificados como buenos, destacándose también la calidad del material escolar, de juegos, nuevas tecnologías.

Identidad. Los pijamas y batas de colores alegres e iguales ayudan a mantener la identidad de escolar, favoreciendo las relaciones entre iguales de los escolares.

22- La presencia de la Pedagogía hospitalaria en los medios de comunicación no es frecuente, sin embargo, cuando aparece tiene una influencia social positiva.

A lo largo de los años, las noticias aparecidas en prensa o en otros medios de comunicación, en las diferentes provincias, sobre las actuaciones educativas y lúdico-formativas de las aulas hospitalarias, ha sorprendido a mucha gente que desconocía la existencia de esta realidad pedagógica en las instituciones hospitalarias.

Los artículos, reportajes y entrevistas referidos a este ámbito educativo, aparecidos a lo largo de estos más de veinte años de existencia de las aulas hospitalarias, aún con diferencias según las provincias, han presentado tanto normas y actuaciones llevadas a cabo desde la Administración Educativa y Sanitaria, como entrevistas y opiniones de profesionales de la educación y de la sanidad, así como manifestaciones de las familias y de los propios escolares hospitalizados.

Se ha comprobado que estas “pinceladas” ofrecidas desde la prensa escrita, televisión, radio, etc. obtienen un gran eco en la sociedad y ayudan a tomar conciencia de la necesidad de atención educativa en esta situación especial de hospitalización, lo que genera interés y respuestas de apoyo a la tarea.

Siempre primando el respeto al derecho a la intimidad del escolar, de la familia y al marco especial en que se desarrolla el proceso educativo de los escolares hospitalizados, se comprueba la buena acogida que los medios de comunicación tienen entre las familias y los escolares hospitalizados, en general. Así, cuando los medios de comunicación acuden al centro hospitalario, para hacerse eco de una actuación o celebración llevada a cabo, los escolares y sus familias, con la discreción necesaria y de forma anónima, muestran su disponibilidad a participar y consideran atractivo el hecho de poder expresar sus opiniones o mostrar sus vivencias.

ALGUNAS PROPUESTAS O CONSIDERACIONES DE CARA AL FUTURO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Como aportación final de nuestro trabajo, nos gustaría dejar constancia de que, a pesar de los avances conseguidos en el tema objeto de estudio, como ha quedado reflejado, sigue habiendo aspectos susceptibles de mejora, por ello nos atrevemos a plantear las siguientes propuestas de actuación futura:

➤ En la actualidad las aulas hospitalarias que están funcionando en Castilla y León, dependientes de la Consejería de Educación, tienen establecidas unas bases sólidas de funcionamiento y sus actuaciones están respaldadas por los logros obtenidos, pero desde aquí planteamos a la Administración Educativa que debería contemplarse la posibilidad de extender estas actuaciones educativas al resto de instituciones hospitalarias que cuenten con estancias de escolares hospitalizados, para que se generalice el cumplimiento de los derechos del niño hospitalizado que aboga por la atención escolar y lúdica tan necesarias en los momentos de hospitalización.

➤ También proponemos reflexionar sobre el cambio que se siente en el ámbito de la Pedagogía hospitalaria que considera a la persona en continuo proceso formativo a lo largo de la vida, lo que llevaría a ampliar el sentido del aula escolar y establecer un espacio de orientación y formación para los pacientes jóvenes y adultos, después de la enseñanza obligatoria.

➤ Pensamos que la Atención domiciliaria, presente también desde hace años en el ámbito de atención al escolar enfermo y convaleciente en nuestra Comunidad, debe llevarse a cabo por profesionales de educación, dependientes de la Administración educativa.

➤ Entendemos que a pesar de contar en la actualidad con las Nuevas tecnologías que permiten el intercambio de información entre las aulas y favorecen la comunicación entre el profesorado, el

alumno y las familias, sería de suma importancia la existencia de un coordinador de aulas hospitalarias en la Comunidad Autónoma para aunar actuaciones, facilitar el intercambio de experiencias, proponer planteamientos nuevos tanto de colaboración como de formación, siendo coordinador incluso de plataformas o espacios interactivos en la red, intentando la consecución del objetivo de «calidad» en los proyectos de atención al escolar hospitalizado y paliando el sentimiento de «soledad» que puede sentir el profesor de aulas hospitalarias en ciertas ocasiones.

➤ Las aulas hospitalarias de esta Comunidad fueron pioneras en el uso de las Nuevas tecnologías, sin embargo después de toda esta larga andadura dinamizando el proceso educativo de las mismas, ahora debido a los cambios de ubicación del aula hospitalaria unas veces, o bien por modificaciones llevadas a cabo en los sistemas informáticos de los centros hospitalarios, con accesos a la red demasiado salvaguardados o protegidos, se producen incidencias que a veces dificultan la conexión y el uso de las herramientas tecnológicas disponibles, lo que llevaría a considerar la necesidad de homogeneizar estos sistemas en la totalidad de las aulas hospitalarias ubicadas en los centros hospitalarios y la conveniencia de contar con una plataforma digital segura de aulas hospitalarias en la red, para seguir aprovechando las potencialidades de las Nuevas tecnologías.

➤ A pesar de contar con una existencia de más de dos décadas, las aulas hospitalarias aún son unas desconocidas para gran parte de la sociedad, lo que nos lleva a insistir en la necesidad de implantar algún mecanismo de información que dé a conocer su existencia. Un modo de acercar esta realidad al ámbito escolar y familiar podría ser el establecimiento de charlas o la distribución de folletos informativos en los centros escolares.

➤ Trabajar en equipo interdisciplinario y de manera coordinada es realmente eficaz en el tratamiento del escolar hospitalizado, por lo que se deben potenciar las reuniones del personal sanitario y educativo, implicado en el proceso de atención integral al escolar hospitalizado.

➤ Hasta ahora el tipo de formación inicial necesario para una buena cualificación de los profesionales que atienden a estos alumnos hospitalizados, únicamente ha recibido una consideración muy puntual en los planes de estudio de las Facultades de Pedagogía, Ciencias de la Educación... y no en todas las provincias. La formación continua específica se hace necesaria, con más programas formativos de iniciación y perfeccionamiento profesional de la Pedagogía hospitalaria, organizados por las Administraciones, Universidades, centros de Formación y Recursos para el profesorado.

➤ En todo periodo obligado de hospitalización y dentro de la atención educativa al alumno hospitalizado hay que favorecer la expresión literaria (en su faceta de lector y escritor) y artística del escolar, por lo que proponemos a las instituciones educativas y sanitarias la colaboración conjunta para promover la realización de concursos literarios (de relatos, poesía, cuentos, de lectura rápida, etc.) así como de pintura, escultura y música, dirigidos a los escolares hospitalizados y convalecientes.

➤ La estancia de los escolares en un centro hospitalario exige llevar a cabo unas actividades lúdico-formativas puntuales que deben estar incluidas en un horario determinado y ser programadas junto a las propiamente escolares, por lo que se considera conveniente contar con la existencia de la figura de un coordinador en todos los hospitales (en ciertos hospitales funciona dependiente del Servicio de Atención al Paciente con éxito) para organizarlo. Esta persona se encargaría de contar con los permisos necesarios para que estas actividades se lleven a cabo con el respeto al ámbito especial donde se realizan, del mejor modo posible, siendo el encargado de facilitar el acceso al hospital de los participantes externos, mediante la ayuda

de celadores, traslado del material preciso para el montaje de la sesión, canalizando la comunicación entre las Asociaciones, Fundaciones, personas o entidades colaboradoras, de una parte y entre aula hospitalaria, Planta de Pediatría, la Dirección de Hospital y a la Administración Escolar y Sanitaria, en ocasiones.

➤ La existencia de Cursos, Seminarios, Jornadas o Congresos sobre Pedagogía hospitalaria, tanto a nivel autonómico como nacional, no deben desaparecer, aunque sean más difíciles de organizar debido al momento de crisis actual, pero la Administración debe seguir potenciándolos por ser elementos de cohesión y dinamizadores de experiencias innovadoras en las actuaciones educativas hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA.

- Actas de las *I Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. (I Encuentro de profesores de E.G.B. en centros Hospitalarios) Murcia, 1986. (C.E.P.Nº 1)
- Actas de las *III Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. Manresa (Barcelona), 1988. (Hospital. St. Joan de Déu. Departament d'Ensenyament. Generalitat de Catalunya)
- Actas de las *V Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. (La Pedagogía hospitalaria en la actualidad). Oviedo, 1993. (D.P. de Educación de Asturias.(M.E.C.). U. de Oviedo. Consejería de Educación. Hospital Central de Asturias. (Principado de Asturias). INSALUD.)(Ed. E.O.J.)
- Actas de las *VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria* (Intervención educativa en el medio hospitalario). Madrid, 1997. (Dirección Provincial de Educación de Madrid, M.E.C.)
- Actas de las *VIII Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. (Perspectivas educativas del alumnado hospitalizado y convaleciente).Valladolid, 2001. (Consejería de Educación. Junta de Castilla y León)
- Actas de las *IX Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. (Respuestas educativas para la atención del alumnado hospitalizado y convaleciente). Guadalajara, 2003. (Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha. Consejería de Educación y Cultura. Junta de Castilla- La Mancha).
- Actas de las *X Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. (Atención integral al alumnado enfermo o convaleciente). Santander, 2008. (Consejería de Educación. Gobierno de Cantabria)

- Actas del *IV Congreso Europeo de maestros y pedagogos en el hospital*. Trabajamos por los derechos del niño enfermo. (El futuro de la Pedagogía hospitalaria). Barcelona, 2000. (ACPEAH. P.A.U. Education)
- ADEL, J. (1998). *Redes y educación en Nuevas Tecnologías, comunicación audiovisual y educación*. De Pablos (Coord.). Barcelona: Cedecs.
- AGUIRRE BAZTÁN, A. (1995). *Etnografía*. Barcelona: Marcombo.
- AINSCOW, M. BERESFORD, J. HARRIS, A. y otros (2009). *Crear condiciones para la mejora del trabajo en el aula*. Madrid: Narcea.
- AJURRIAGUERRA, J. (1974). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- ALINOWSKI, B. (1993). *La dinámica de grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ALLPORT, G. (1966). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- ÁLVAREZ PÉREZ, L. (2000). *La diversidad en la práctica educativa: modelos de orientación y tutoría*. Madrid: CCS.
- ALVAREZ, M. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona, CISSPRAXIS.
- AMIGO, I.; FERNÁNDEZ, C.; PEREZ, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- ARAIZ CHURIO, B. (2001). *Teatro, sobremesas y juegos*. Madrid: CCS.
- ARANA AMURRIO, J.I. de (1994). *Historias curiosas de la medicina*. Madrid: Espasa Calpe.
- ARANA AMURRIO, J.I. de (1998). *Más historias curiosas de la medicina*. Madrid: Espasa Calpe.

- ARANA AMURRIO, J.I. de (1999). La Medicina infantil hasta el Renacimiento. La obra de Jerónimo Soriano. *El Médico*, 710, 10-16. Madrid.
- ARANAZ ANDRÉS. J (2000). *Modelos y Sistemas Sanitarios. El Sistema Sanitario español* en Cuadernos de Gestión Sanitaria. UMH
- ARCHAMBAULT, R. (1965) *Philosophical Analysis and Education*. London, Routledge and Kegan Paul
- ARENAS HERNÁNDEZ, M.D. (2002). *Jugar con cuentos: itinerario a la lectura para todo un curso escolar*. Madrid: Brief Editorial
- ARISTÓTELES. (1973). *Obras completas*. Madrid: Aguilar.
- ARKOFF, A. (1986). *Adjustment and Mental Health*. New York: MacGraw-Hilt.
- ARNAIZ, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Málaga: Archidona.
- ARNAL, J, DEL RINCÓN, D. y LA TORRE, A. (1992). *Investigación educativa*. Barcelona: Labor.
- ARNAU, J. (1978). *Métodos de investigación en las Ciencias humanas*. Barcelona: Omega.
- ARY, D. y otros. (1982). *Introducción a la investigación pedagógica*. México: Interamericana.
- ATIENZA GARCIA, M.C. (2007). *Animación a la lectura en educación infantil*. Tutorial Formación, S.L.
- ATKINSON, P. *The ethnography of a medical setting: Reading, writing and rhetoric*. *Qualitative Health Research*, 2. 451-474.
- ATTIES ACEVES, C. (1995). *La familia del niño cardiópata*. Vol. 65. 159-167. México.
- AVILA VALDES, N. (2006). *Diseño y desarrollo de recursos on-line: aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios*. Universidad Complutense de Madrid. Servicios de Publicaciones.

- AYMERICH I BARBANY, C. y AYMERICH I BARBANY, M. (1981). *Expresión y arte en la escuela. La expresión musical*. Editorial Teide, S.A.
- AZNAR, I., FÉRNANDEZ, S. y CÁCERES, P. (2006). *Pedagogía hospitalaria: principales características y ámbitos de actuación educativa (remedial y preventiva)*. Revista de Ciencias de la Educación del Instituto Calasanz, 206. 227-246.
- BALLESTEROS ALONSO, S. (2005). *Juegos de mesa del mundo*. Madrid: CCS.
- BANTULA JANOT, J. (1998). *Juegos motrices cooperativos*. Barcelona: Editorial Paidolibro, S.L.
- BAÑO, L., CARRASCO, P., MARÍN, C. y PASTOR, C. (2003). *Atención al alumnado en estancia hospitalaria*. En *Padres y maestros*, 280. 14-19.
- BAÑO, L.; CARRASCO, P.; MARÍN, C. y PASTOR, C. (2003). *Atención al alumnado en estancia hospitalaria*. En *Padres y maestros*, 280. 14-19.
- BARDIN, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- BARRERA, G. (1989). *Psicopediatría*. Barcelona: Editorial Salvat.
- BARRETO MARTÍN, P. (1993). *Asistencia psicológica a la problemática del cáncer infantil*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- BARRIENTOS, C. (1987). *El libro-fórum: una técnica de animación a la lectura*. Madrid: Narcea, S.A.
- BARRIO DEL, C y MAESTRE, V. (1998). *Evaluación psicológica en niños hospitalizados*, en Revista de Psicología de la Salud, Volumen 1, 2, UNED.
- BARRIO DEL, C. (1990). *La comprensión de la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

- BARRUECO, A. (1997) *La acción educativa en la asistencia al niño hospitalizado* en Revista de Educación Especial, 29. 39-45.
- BAUTISTA JIMÉNEZ, R. (1991). *Necesidades Educativas Especiales. Manual teórico-práctico*. Archidona: Aljibe.
- BAYES SOPENA, R. (1993). *Calidad de vida y cáncer infantil*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- BAYO, P., VALLE, S., INSA, M^a.D. y FERRERAS, F. J. (1993). *La problemática del niño oncológico en el marco de la LOGSE*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- BELLIDO, F., DELGADO, M. (1993). *El tratamiento psicológico del niño con cáncer, una asignatura pendiente*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- BERCEBAL GUERRERO, F. y otros. (2001). *Animación a la lectura teatral*. Naque Editora, Cristina María Ruiz Perez.
- BERMÚDEZ ROMERO, A. I. (2007). *Animación a la lectura*. Tutorial Formación, S.L.
- BERNAL VÁZQUEZ, J. y CALVO NIÑO, M. L. (2000). *Didáctica de la música: la expresión musical en la educación infantil*. Granada: Aljibe.
- BEST, J.W. (1972). *Cómo investigar en educación*. Madrid: Morata.
- BIE, D. (1981). *La investigación en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Tecnos.
- BISQUERRA, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.
- BISQUERRA, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Guía práctica. Barcelona: CEAC.
- BISQUERRA, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Madrid: Praxis.

- BISQUERRA, R. (2003) Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*. 21 (1), 7-43.
- BONASSO, A., FORSELLEDO, A. y PÉREZ MORGAN, B. (2001). *Inclusión de la niñez con discapacidad*. Montevideo: I.I.N.
- BRASLAVSKY, C. (1998). *Bases, orientaciones y criterios para el diseño de Programas de postgrado de formación de profesores. Reunión de Consulta Técnica para el análisis de políticas y estrategias de formación de profesores*. Bogotá. Colombia: OEI
- BRAVO BRAVO, C. (2004). *Juegos de ayer para entrenar hoy*. Madrid: Editorial CCS.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- BRUNER, J. (2002). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- BUCETA, J.; BUENO, A.M. (1990). *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- BUENDÍA EISMAN, L. (1993). *Análisis de la investigación educativa*. Universidad de Granada.
- BUENDÍA EISMAN, L., COLÁS BRAVO, M.P. y HERNÁNDEZ PINA, F. (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- BUENDÍA, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad. Murcia.
- BUENO LOSADA, J. y ESTEBAN FRADES, S. (1988). *Claves para transformar y evaluar los centros*. Madrid: Ed. Popular. ISBN: 8486524660.
- BURGUI ONGAY, J. M. (2002). *Recursos para el tiempo libre: juegos, humor, actividades, canciones*. Madrid: Editorial CCS.
- CABRERIZO, J y RUBIO, M. J. (2007). *Atención a la diversidad. Teoría y Práctica*. Madrid: Pearson.

- CABRERO, J. (2001). *Tecnología educativa. Diseño y utilización de medios en la enseñanza*. Barcelona: Paidós.
- CAGIGAS DAZA, M. P. *Repercusión biopsicosocial de la hospitalización*. Universidad Autónoma de Madrid. Servicio de Publicaciones.
- CAJIDE, J. (1992). *La investigación cualitativa: tradiciones y perspectivas contemporáneas*. Bordón, 44. 357-373.
- CALATRAVA PASCUAL, G. (2007). *Didáctica de animación a la lectura en educación infantil*. Tutorial Formación, S.L.
- CALVO, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Díaz de Santos.
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J. (1985). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales*. Buenos Aires: Trillas.
- CANO GONZÁLEZ, R. (2001). *Los departamentos de orientación en los institutos de Enseñanza Secundaria: de la teoría orientadora como posibilidad a la práctica psicopedagógica como realidad*. (Cap.). Barcelona: CEISS/PRAXIS.
- CANO GONZÁLEZ, R. (2007). *Educación y enseñanza en la casa hospicio de la Diputación Provincial de Valladolid (1723-1900)*. Colección Historia nº 1. ISBN 8496560376.
- CANO GONZÁLEZ, R.; GARCÍA NIETO, N.; PAULA PÉREZ, I. y otros (2003). *Bases pedagógicas de la educación especial. Manual para la formación inicial del profesorado*. Madrid: Biblioteca Nueva. Ed. S.L. ISBN: 9788497422260.
- CANTOS CEVALLOS, A.M. (1997). *La expresión dramática en el aula: una metodología creativa fundamental en el legado histórico-cultural de la antigüedad*. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- CANZO, A.C. del y otros (2007). *La educación intercultural. Un reto en el presente de Europa*. Madrid: Morata.
- CAÑAS, J. (1992). *Didáctica de la expresión dramática*. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.

- CAÑAS, J. (2000). *Programa básico de expresión dramática*. A Coruña: Editorial Everest, S.A.
- CARCELES PASCUAL, J. F. (2002). *La pintura al temple: como medio de expresión plástica*. Padilla Libros.
- CARR, W. y KEMMIS, S. (1998). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- CASALDERREY, F. (1996). *Recursos teatrais para expresión dramática na escola*. Edicions Xerais de Galicia, S.A.
- CASAS OLIVER, P. (1993). *Regreso a la escuela. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer*. ASPANION. Valencia.
- CASTANEDO, C. (1997). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Madrid: Editorial CCS.
- CASTAÑO, A y otros. (1993). *La pedagogía como apoyo terapéutico al niño con cáncer*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- CASTILLO ARREDONDO, S. (2004). *Enseñar a estudiar...aprender a aprender. Didáctica del estudio*. Madrid: Ed. Pearson.
- CASTRO, A. (1985). *Manualidades*. Madrid: Editorial CCS.
- CERMEÑO GONZÁLEZ, F. y otros (2009). *Triunfar en la escuela*. La Esfera de los libros S.L. Colección Psicología y Salud. ISBN:8497349334.
- CHAZIN HODOROVSKY, S.M. (2007). *Juegos de expresión corporal para niños*. Madrid: Editorial CCS.
- COHEN, J. (2003). *La inteligencia emocional en el aula*. Argentina: Editorial Troquel.
- COHEN, L. y MANION, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- COLAS, M.P. y BUENDÍA, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.

- COMUNIDAD EUROPEA. Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados. Resolución de 13 de mayo de 1986. N.C. 148/37. Diario Oficial de las Comunidades Europeas.
- CONTRERAS, J. (1999) *El sentido educativo de la investigación*. En Angulo Rascó, Barquín Ruiz, J., Pérez Gómez, A. (Eds). Desarrollo profesional del docente: política, investigación y práctica. Madrid: Akal Textos.
- COOK, T.D. y REICHARDT, Ch. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- CORREA M. L. y CORREA A. C. (1997). *El vínculo niño-equipo terapéutico. Su papel protector en enfermedades crónicas*. Pediatría 32 (1). 35- 40.
- COSTA, M. (2000). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Valencia: Nau Llibres.
- CROOK, Ch. (1996). *Ordenadores y aprendizaje colaborativo*. Madrid: Morata.
- CULLEN, K. (1993). *Preparación psicológica del niño con cáncer*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- CYRULNIK, B. (2007). *Los patitos feos*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- D'ANGELO MENÉNDEZ, E. (2000). *La intervención psicopedagógica en niños/as con factores de alto riesgo biológico durante su desarrollo centrada en los estilos comportamentales de la familia: estudio etnográfico en el ámbito hospitalario*. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Publicaciones.
- DAVICO, R. (2003). *El juegohistorias: fábulas y juegos en la escuela, en la catequesis, en la familia*. Madrid: Editorial CCS.
- DE LA ORDEN, A. (1985). *La investigación educativa*. Diccionario Ciencias de la Educación. Madrid: Anaya.

- DE TEZANOS DE MAÑA, A. (1981). *La escuela primaria: Una perspectiva etnográfica*. Revista Colombiana de Educación, 63-90.
- DEL BARRIO, C. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad*. Barcelona: Antrhopos.
- DEL POZO ARMENTIA, A. y POLAINO LORENTE, A. (2003). *Fundamentos de la psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp.
- DEL RIO, M. J. (1997). *Lenguaje y comunicación en personas con necesidades educativas especiales*. Barcelona: Martínez Roca.
- DENIS, L. y GUTIÉRREZ, L. *La investigación etnográfica: experiencias de su aplicación en el ámbito educativo*. (Internet)
- DIAZ ASPAR, H. (1993). *El cáncer infantil: un corte radical en la vida familiar*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- DIE-TRILL. M. (1993). *Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- DOCKREL, W. y HAMILTON, D. (1983). *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa*. Madrid: Narcea.
- DOVAL, R.I. (2000). *Telemática y Pedagogía hospitalaria. Estado de la cuestión*. Revista Interuniversitaria de Tecnología educativa, 0, 177-190.
- ELIAS, M., TOBIAS, S. y FRIEDLANDER, B. (1999). *Educación con inteligencia emocional*. Barcelona: Plaza y Janés.
- ELLIOT, J. (1986). *La investigación-acción en el aula*. Generalitat valenciana. Valencia,
- ELLIOT, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.
- ERICKSON, F. (1989). *Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza*. En M.C. Wittrock (Ed). La investigación de la enseñanza. Madr: Paidós-MEC. 125-301.

- ESCAMILLA GARCIA, A.M. (2007). *Nuestra aula infantil es un taller: materiales, técnicas, recursos y actividades de expresión*. Almería: Tutorial Formación, S.L.L.
- ESCOBAR LOPEZ, J.C. (2006). *La historia jamás contada: una actividad de animación a la lectura*. Córdoba: FD Studio.
- ESPEJO AUBERO, A. y ESPEJO AUBERO, A. (2004). *Juegos musicales en la escuela*. Madrid: Editorial CCS.
- ESTEBAN FRADES, S. (1996). *Algunas reflexiones sobre los temas transversales en la LOGSE: limitaciones y posibilidades que tienen los docentes para llevar a cabo una enseñanza en valores*. En Revista interuniversitaria de formación del profesorado. 27. 45-49.
- ESTEVE, J.M. (1977). *Autoridad, obediencia y educación*. Madrid, Narcea.
- ESTEVE, J.M. (1984). *Profesores en conflicto*. Madrid, Narcea.
- ESTEVE, J.M. Y FRACCHIA, A.F.B. (1984). "L'image des enseignants dans les moyens de communication de masse". *European Journal of Teacher Education*. 7, 2, 203-209.
- EZAQUIEL, A. E. (1978). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas.
- FERNÁNDEZ HAWRYLAK, M. (2001). *La intervención en padres de niños hospitalizados*, en La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva. Archidona: Aljibe.
- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, N. (2002). *Cuentos animados: relatos infantiles con actividades de animación a la lectura*. Madrid: Editorial CCS.
- FERNANDEZ, J.M. y VELASCO, N. (2003). *Educación inclusiva y N. Tecnologías: una convivencia futura y un diálogo permanente*. Revista Pixel-Bit Medios y educación. N° 21. 55-63.

- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P., SALOVEY, P, VERA, A., RAMOS, N. y EXTREMERA, N. (2001). *Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar en Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4.
- FORTES, M.C., FERRER, A.M. y GIL LLARIO, M^a.D. (1996). *Bases Psicológicas de Educación Especial*. Valencia: Narcea.
- FOX, D. (1981). *La investigación en el proceso educativo*. Pamplona: Eunsa.
- FUNES GALÁN, A.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, E. (1997). *Experiencia de talleres a partir del uso de materiales del entorno hospitalario*. En VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria. Toledo.
- GABARI, M. I. (2000). *Educación y nuevas tecnologías*. Pamplona: Eunate.
- GALBETE MARTINICORENA, V. (2006). *Expresión plástica y visual*. Pamplona: Sahats Servicios Editoriales.
- GALLAR, M. (2005). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Thompson. Paraninfo.
- GARAIGORDOBIL LANDAZABAL, M. (2003). *Programa juego: juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 8 a 10 años*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- GARAIGORDOBIL LANDAZABAL, M. (2004). *Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años: programa juego: 10 a 12 años*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- GARANTO ALÓS, J. (2001). Prólogo, en *La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona, Aljibe, 11-13.
- GARANTO, J. y PAULA, I. (2001). *Comprender las habilidades sociales en educación*. Buenos Aires: Ed. FUNDEC.
- GARCÍA CABALLERO, C. (2000). *Tratado de Pediatría Social*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.

- GARCIA CALVO, P. (1995). *Expresión musical: Seminario de expresión corporal y musical en Educación Infantil*. Centro de Profesores y Recursos de Cuellar.
- GARCÍA HOZ, V. y PÉREZ JUSTE, R. (1984). *La investigación del profesor en el aula*. Madrid: Escuela Española.
- GARCÍA NIETO, N. (1993). *Reforzamiento y desarrollo de habilidades mentales básicas*. (4 vols.). Madrid: ICCE. ISBN: 8472781305.
- GARCÍA NIETO, N. (2010). *Triunfar en la escuela: guía para afrontar el fracaso escolar. Orientaciones para padres y profesores*. Madrid: La Esfera de los libros
- GARCIA SÁNCHEZ, J. N. (1996). *Manual de Dificultades del Aprendizaje. Lenguaje, Lecto-Escritura y Matemáticas*. Madrid: Narcea.
- GARCIA SÁNCHEZ, J. N. (1999). *Intervención Psicopedagógica en los Trastornos del Desarrollo*. Madrid: Psicología Pirámide.
- GARCIA, A., RAGA, F. y ALOJOS, M^a A. (1993). *Mi cole es un hospital*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- GARCÍA, J.N. (1997). *Manual de dificultades de aprendizaje*. Madrid: Narcea.
- GARCIA-SIPIDO, A. y LAGO CASTRO, P. (1990). *Didáctica de la expresión plástica y musical*. Real Musical – Carish. España.
- GARRIDO LANDÍVAR, J. (1993). *Adaptaciones curriculares. Guía para los profesores tutores de Educación Primaria y de Educación Especial*. Madrid: CEPE.
- GEIST, H. (1976). *Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización*. Guía psicoprofiláctica para padres, médicos y enfermeras. Buenos Aires: Paidós.
- GIL MARTINEZ, C. (2003). *Leer, contar y jugar: actividades de animación a la lectura*. Madrid: Editorial CCS.

- GIMENO SACRISTÁN, J. (2001). *Educación y convivencia en la cultura global*. Madrid: Morata.
- GIRALDO FERNÁNDEZ, J. (2005). *Juegos cooperativos: jugar para que todos ganen*. S. de Chile: Océano Ámbar, S.A.
- GOETZ, J.P. y LECOMPTE, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- GOLDSTEIN, A.P., SPRAFKIN, R.P. y otros. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- GOLEMAN, D. (1999). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- GOMEZ YEBRA, A. A. (1982). *Teoría y práctica de la expresión dramática infantil*. Universidad de Málaga. Instituto de Ciencias de la Educación.
- GONZALEZ DEL HOYO, E. P. (1998). *El niño hospitalizado o enfermo crónico: propuesta de actuación*. Psicovital, S.L..
- GONZÁLEZ FONTANO, M.P. (1999). *La respuesta a la diversidad como respuesta de cambio en la ESO*. Santiago de Compostela: CIDE/Universidad de Santiago.
- GONZALEZ SIMANCAS, J. L. y POLAINO LORENTE, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria*. Madrid: Narcea.
- GONZALEZ SIMANCAS, J. L. y POLAINO LORENTE, A. (1991). *La pedagogía hospitalaria en la actualidad. Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.
- GONZÁLEZ SIMANCAS, J.L. (1992). *Educación libertad y compromiso*. Pamplona: Eunsa.
- GONZALEZ SOMOZA, A. I. e IGLESIAS GOMEZ, F. J. (2004). *Manos libres: manualidades fáciles y baratas*. Madrid: Editorial CCS.
- GONZALEZ-PIENDA, J. A. y NÚÑEZ, J.C. (1998). *Dificultades del Aprendizaje Escolar*. Madrid: Pirámide. Madrid.
- GOODALE, J. (1992). *La entrevista*. Madrid: Pirámide.

- GRAU RUBIO, C. (1987). *Aspectos psicoeducativos del niño con neoplasias malignas*. Valencia: Nau Llibre.
- GRAU RUBIO, C. (1993). *La integración escolar del niño con neoplasias*. Barcelona: CEAC.
- GRAU RUBIO, C. (1998). *Educación especial (de la integración escolar a la escuela inclusiva)*. Valencia: Promolibro.
- GRAU RUBIO, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Aljibe.
- GRAU RUBIO, C. y CAÑETE NIETO, A. (2000). *Las necesidades educativas de los niños con tumores intracraneales*. ASPANION. Valencia.
- GRAU, C. (2005). *Educación especial: orientaciones prácticas*. Málaga: Aljibe.
- GRAU, C. y ORTIZ, M^a DEL C. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- GROP, L. (1998). *La educación emocional* en M. Álvarez González y R. Bisquerra. Manual de orientación y tutoría. Barcelona: Praxis.
- GROSS, J. (2004). *Necesidades educativas especiales en educación primaria*. Madrid: Morata.
- GUBA, E. y LINCOLN, Y.S. (1982). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.
- GUIJARRO, M. y TORRES, R. (1990). *La escuela hospitalaria como complemento a la curación del niño*. En *Infancia y Sociedad*, 5. 133-141.
- GUILLÉN CUMPLIDO, M. y MEJIA ASENSIO, A. (2002). *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- HABERMAN, S. (1979). *Analysis of Qualitative Data*. New York: Academic Press.

- HAMMERSLEY, M y ATKINSON, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- HERNÁNDEZ DÍAZ, J.M. (2003). *Pedagogía para el siglo XXI*. Salamanca: Edit. Anthema.
- HERNÁNDEZ DÍAZ, J.M. y HERNÁNDEZ HUERTA, J.L. (2009). *Bosquejo histórico del movimiento Freinet en España*. Foro de educación, cultura y sociedad. Nº 9.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- HEWARD, W. L.: *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial* Madrid: Pretencie Hall.
- HOPKINS, D. (1989). *Investigación en el aula*. Barcelona: PPU.
- HOUTZAGER, B.A., GROOTENHUIS, M.A. y HOEKSTRA-WEEBERS, J. (2005). *One month after diagnosis: quality of life, coping and previous functioning in sibling of children with cancer*. Child Care Health and Development, 31 (1). 75-87.
- IVAILA UZONOVA. (1993). *Atención psicológica y social para los familiares con niños afectados con cáncer*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- JIMÉNEZ SERRANO, C. y OLLERO CAPRANI, J.M. (2002). *El Hospital del niño Jesús 125 años de historia (1877-2002)*. Toled: I. Gráficas Baroa, Yuncos.
- JIMÉNEZ VIVAS, A. (2005). *Contenidos y esquemas sobre diagnóstico en educación*. Salamanca: Grupo Editorial Universitario. ISBN: 848491559X.
- JOHNSON, DAVID W., JOHNSON, ROGER T. y HOLUBEC, EDYTHE J. (1998): *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Madrid : Paidós.
- JORDÁN, J. (1997). *La escuela multicultural*. Madrid: Paidós.

- JORNADAS NACIONALES SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO: Jornadas Nacionales sobre los Derechos del Niño Hospitalizado. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. 1989.
- KEMMIS, S. (1998). *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Ediciones Morata.
- KIEPENHEUER, K. (1992). *Lo que nos dicen los niños con sus enfermedades*. Barcelona: Urano.
- KNAPP, M. (1986). *Contribuciones etnográficas a la investigación educativa*. En T.D. Cook y Ch. Reichardt (eds). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, 171-201.
- KOHL, M. A. (2007). *Arte infantil: actividades de expresión plástica para 3-6 años*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- LAIN ENTRALGO, P. (1971). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat.
- LAÍN-ENTRALGO, P. (1998). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Universidad.
- LANKSHEAR, C y KNOBEL, M. (2008). *Nuevos alfabetismos. Su práctica cotidiana y el aprendizaje en el aula*. Madrid: Morata.
- LATORRE y otros. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.
- LATORRE, A. y ROCABERT, E. (1997). *Psicología Escolar: Ámbitos de intervención*. Valencia: Promolibro.
- LEBRERO BAENA, M. P. (2003). *Animación a la lectura*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- LEÓN SIMÓN, M y FERNÁNDEZ SARDÓN, O. (1998). *La atención educativa en el hospital en El niño hospitalizado o enfermo crónico*. Valladolid: Psicovital, S.L.173- 180.

- LEÓN SIMÓN, M. (1997). *El niño enfermo y hospitalizado en Problemas médicos en la escuela y su entorno*. Servicio de Apoyo a la Enseñanza. Universidad de Valladolid. 111-118.
- LIZASOAIN RUMEU, O. (2000). *Educando al niño enfermo: perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Pamplona: Eunate Ediciones.
- LIZASOAIN RUMEU, O. y OCHOA, B. (1997). *La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado*. Pamplona: Newbook Ediciones.
- LOBO BARRERO, A. (2002). En *Archivos de Bronconeumología* por J. Sauret Valet. Vol. 38, N° 07.
- LÓPEZ OCAÑA, A.M. y ZAFRA JIMÉNEZ, M. (2003). *La atención a la diversidad en la ESO*. Barcelona: Octaedro.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. y otros. (1983). *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*. . Barcelona: Ediciones Península.
- LÓPEZ SALAS, J. L. (2000). *Didáctica específica de la expresión plástica*. Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones.
- LÓPEZ VALERO, A. y ENCABO FERNÁNDEZ, E. (2009). *Didáctica de la literatura: el cuento, la dramatización y la animación a la lectura*. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.
- LÓPEZ-MEZQUITA MOLINA, T. (2005). *La evaluación de la competencia léxica. Test de vocabulario. Su fiabilidad y validez en Tesis doctoral*. Madrid: CIDE.
- LORENZO DELGADO, M. y LÓPEZ MARTÍN, A. (2008). *La investigación educativa en el aula hospitalaria: estudio de un caso de intervención escolar de glioma óptico infantil mediante videoconferencia*. En *Revista Pixel-Bit: Revista de medios y educación*. Sevilla. ISBN; 1133-8482.

- LORENZO DELGADO, M.; LÓPEZ SÁNCHEZ, M. y MORENO PEÑA, B. (2007). *La escuela en casa y la Pedagogía hospitalaria como nuevos modelos de escolarización: la situación española*. En Revista Itinerarios: Revista do Instituto Superior de Ciências Educativas. Portugal. ISBN: 1645-6076.
- LOU ROYO, M. A. y LOPEZ URQUIZAR, R. (1998). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Madrid: Pirámide.
- MALAVASI, P. (1985) *Per una pedagogia della morte*. Bologna: Cappelli
- MARCHESI, A., COLL, C. y PALACIOS, J. (1990). *Desarrollo psicológico y educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid: Alianza Psicología.
- MARCO TELLO, P. (2000). *La motivación en el preadolescente en la expresión plástica, una experiencia metodológica*. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de publicaciones.
- MARTINEZ CABRUJA, F. (1995). *El niño enfermo en el hospital y en casa*. Barcelona: Planeta Agostini.
- MARTINEZ GRADILLAS, O. (2001). *Juegos en cinco claves*. Madrid: Editorial CCS.
- MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, M. (1994). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Manual teórico-práctico. México: Trillas.
- MASERA, G. y TONICCI, F. (2004). *Queridos padres...* Barcelona: Graó Ediciones.
- MATTHEWS-SIMINTON, S. (1993). *Familia contra enfermedad*. Libros del comienzo. Madrid.
- MAYER, J. y SALOVEY, P. (2004) *Emotional intelligence*. New York: Dude Publishing.
- MAYKUT, P. y MORCHOUSEIR, A. (1994). *A partir de la investigación cualitativa: una guía práctica y filosófica*. Londres: Falmer Press.

- MAYOR, S. (1991). *Manual de Educación Especial*. Madrid: Anaya.
- MEC. (1999). *Volver a la escuela. Guía para maestros de niños con enfermedades oncológicas*. Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.
- MÉNDEZ, F. J. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- MIJARES CEBRIAN, J. (1993). *Integración escolar del niño y adolescente con cáncer*. Primeras Jornadas Internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. ASPANION. Valencia.
- MILES, M.B. y HUBERMAN, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA.: Sage.
- MIRAFLORES GOMEZ, E. y otros. (2004). *Juegos para días de lluvia: adaptados al aula y espacios cerrados*. Madrid: Editorial CCS.
- MITTAG, O. (1996). *Asistencia práctica para enfermos terminales*. Barcelona: Herder. Colección Resortes.
- MONERÉO FONT, C. y DURÁN GISBERT, D. (2002). *Entramados: Métodos de aprendizaje cooperativo y colaborativo*. Barcelona. Edebé
- MONTAÑO ALVAREZ, M. A. (2006). *La biblioteca escolar: un recurso educativo para la animación a la lectura en la educación primaria*. Madrid: Tutorial Formación, S.L.
- MONTORO ALCUBILLA, M. P. (2004). *44 juegos auditivos: educación musical en Infantil y Primaria*. Madrid: Editorial CCS.
- MONTULL TORGUET, J. A. (2004). *Juegos y más juegos para el tiempo libre*. Madrid: Editorial CCS.
- MORAGA MORENO, F. y otros (1997). *Unidad didáctica: taller de creación literaria a través de la maleta "la central letrera"*. En VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria. Toledo.

- MORENO FLOREZ, M. A. (1979). *Educación musical y expresión dinámica, Iniciación*. Madrid: Ediciones SM.
- NAVARRO JURADO, A. y otros (2002). *La Universidad en la formación del profesorado: una formación a debate*. Colección: Congresos y Cursos, 18. Universidad de Burgos. ISBN 978-84-95211-52-1.
- OCHOA LINACERO, B. (2003). *Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado*. Pamplona: Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN ONCOLÓGICA. (1994). *Lo que tu hijo necesita*. Guía de apoyo para padres de niños oncológicos: Consejería de Salud (Comunidad de Madrid). Madrid.
- OLIVARES, J.F. y otros (2002). *El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud*. En V. CABALLO y M.A. SIMÓN (dir.). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide. 127-156.
- OLIVER, R.M. (1998). *La videoconferencia en el campo educativo: técnicas y procedimientos*. Revista Primeras Noticias, N° 151. 47-51.
- OLIVO SANZ, F.J. y ESTÉVEZ ESTÉVEZ, N. (1997). *Una propuesta de intervención en el aula hospitalaria*. En VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria. Toledo.
- ORLICK, T. (2001). *Libres para cooperar, libres para crear*. Nuevos juegos y deportes cooperativos. Barcelona: Editorial Paidolibro, S.L.
- ORTIGOSA QUILES, J. M. y MENDEZ CARRILLO, F. X. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas: teoría y práctica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- ORTIZ GONZÁLEZ, M.C. (2000). *Pedagogía de la Pedagogía hospitalaria*, en C. Grau y M.C. Ortiz: *La Pedagogía hospitalaria en el marco de la escuela inclusiva*, Málaga: Aljibe.

- PABLO GAJAS, A. de: (1991). *Niños expósitos y medicina infantil en España a principios del siglo XIX*. En *Medicina e Historia*. Laboratorios Uriach., 39.
- PACHECO COSTA, A. (2002). *Didáctica de la expresión musical: materiales para la práctica instrumental en el aula*. Madrid: Círculo de Estudios Árabes.
- PALOMO DEL BLANCO, M. P. (1995). *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- PALOMO DEL BLANCO, M. P. (1997). *Ajuste psicológico de niños y adolescentes enfermos con una condición crónica de salud en el contexto escolar*. En J. N. García Sánchez. *Instrucción, aprendizaje y dificultades*. Barcelona: PPU.
- PANITZ, T. (1997). *Collaborative Versus Cooperative Learning: Comparing the Two Definitions Helps Understand the nature of Interactive learning, Cooperative Learning and College Teaching*, V8, N° 2.
- PARLETT, M y HAMILTON, D. (1983). *La evaluación como iluminación*. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A. *La Enseñanza y su práctica*. Madrid: AKAL. 450-466.
- PAULA PÉREZ, I. (2000). *Habilidades sociales: educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona: Ed. ICE-Horsori.
- PAULA PÉREZ, I. (2004). *Respuesta educativa a la diversidad. Educación especial*. Revista Pedagógica. Maestros. Vol. 10, N° 23. Lima-Perú.
- PAULA, I. y GARANTO, J. (2001). *Comprender las habilidades sociales en educación*. Buenos Aires: Ed. FUNDEC.
- PÉREZ POLO, F. (2001). *Recursos para el tiempo libre, 5, Juegos, trabalenguas, acertijos, anécdotas, humor...*Madrid: Editorial CCS.

- PÉREZ SERRANO, G. (1990). *Investigación-acción: aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid: Dyckinson.
- PÉREZ SERRANO, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Vols. I y II. Madrid: La Muralla.
- PERICHI, C. (1986). *El niño enfermo*. Barcelona: Editorial Herder.
- PEYRARD, J.P. (2000). *Los problemas en la enseñanza de los niños enfermos. Reflexiones de un profesor de un departamento*. En Archivos de Pediatría. Órgano oficial de la Sociedad Francesa de Pediatría (9): 1001-6.
- PIAGET, J. (1932). *Le jugement moral chez l' enfant*. París: Morete.
- PIAGET, J. (1969). *Psicología y Pedagogía*. Barcelona: Ariel.
- PIAGET, J. et al. (1980). *La psicología del niño*. Madrid: Ed. Morata
- POLAINO LORENTE, A. y GIL ROALES NIETO, J. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI.
- POLAINO-LORENTE, A. (1990). *La Pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica*. En J. L. González-Simancas y A. Polaino Lorente. Pedagogía hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos. Madrid: Narcea.
- POPKEWITZ, T. (1988). *Paradigma e ideología en investigación educativa*. Madrid: Mondadori.
- POPPER, K. R. (1967). *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- PORLÁN, R. y MARTÍN, J. (1991). *El diario del profesor. Un recurso para la investigación en el aula*. Sevilla: Diada.
- PUIG, J.M. y otros. (2000). *Cómo fomentar la participación en la escuela*. Barcelona: Graó.
- QUILES, I. (1982). *Filosofía de la educación personalista*. Buenos Aires: Depalma
- QUILES, M. y PEDROCHE, S. (2000). *El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil*. En J.

- Ortigosa y F. Méndez (eds). Hospitalización infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica, 155-179. Madrid: Biblioteca Nueva
- REAL NAVARRO, J. (2006). *Educación en la interculturalidad: cuentos, dinámicas y juegos para niños y preadolescentes*. Madrid: Editorial CCS.
- REMY, J. y RUQUOY B. (Eds.) (1990). *Méthodes d'Analyse de Contenu et Sociologie*. Bruxellts. Faculte Universitaire Saint-Louis.
- REQUENA ZURITA, L. y otros (2006). *La educación emocional en el aula hospitalaria*. En la Revista digital "Práctica docente", N° 3 (2006) CEP de Granada. ISBN: 1885-6667.DL:GR2475/05.
- RESUMEN de las *II Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. Toledo, 1987.
- RESUMEN de las *IV Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. Córdoba, 1991.
- RESUMEN de las *Jornadas Nacionales sobre los derechos del niño hospitalizado*. Oviedo, 1987.
- RESUMEN de las *VI Jornadas de Pedagogía hospitalaria*. Santiago de Compostela (A Coruña,), 1995.
- RIERA PALMERO, J. (1985). *El hospital: su evolución histórica*. En Historia, Medicina y Sociedad. Madrid: Pirámide.
- RINCÓN, D. y otros. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dyckinson.
- RODARI, G. (1983). *Gramática de la fantasía*. Barcelona: Argós Vergara.
- RODARI, G. (1983). *Gramática de la fantasía*. Barcelona: Argós Vergara.
- RODERO GARDUÑO, L. (1987). *Juegos cooperativos y de simulación*. Colectivo Andaluz de Pedagogía.

- RODRÍGUEZ ABAD, E. J. y PRIETO, B. (2007). *Te cuento para que cuentes: animación a la lectura y conocimiento de la narrativa oral*. Los Libros de la Catarata.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G., GIL FLORES, J. y GARCÍA JIMÉNEZ, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- RODRÍGUEZ JARES, X. (2004). *El placer de jugar juntos: técnicas y juegos cooperativos*. Madrid: Editorial CCS.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. y ZURRIAGA LLORENS, R. (1997). *Hospitalización y estrés en Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada.
- RODRÍGUEZ ROJO, M. et al (1995). *Una experiencia de formación de maestros: la reflexión sistemática desde el seno de una comunidad crítica como estrategia de análisis*. En Dpto. Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Valladolid: Teoría crítica e Investigación-Acción del II Simposio Internacional sobre Teoría Crítica e Investigación-Acción. Edición Propia.
- RUBIA AVI, B., JORRÍN ABELLÁN I.M. (2004). *Una experiencia de formación colaborativa y práctica real entre la Universidad y un centro educativo generando un espacio CSCL*. Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa vol.1 n° 1 ISSN 1695-288X
- RUIZ, J.I. e IZPIZUA, M.A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SAEZ ALONSO, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el análisis transaccional: dos no juegan, si uno no quiere*. Madrid: Editorial CCS.
- SÁNCHEZ ASÍN, A. (1997b). *Intervención psicopedagógica en educación especial*. N° 107. Barcelona: Ed. Universitat de Barcelona.

- SÁNCHEZ ASÍN, A. (2004b). *Tecnología de la información y la comunicación para la discapacidad*. Archidona (Málaga): ALJIBE.
- SÁNCHEZ ASÍN, A. (2004c). *Dejar hacer o aprender a vivir. La necesidad de límites en la educación*. Barcelona: Experiencias.
- SÁNCHEZ CARRIÓN, J.J. y otros. (1984). *Introducción a las técnicas de análisis multivariante aplicadas a las ciencias sociales*. Madrid: CIS.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L. (1965). *Historia de la Pediatría Española*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- SÁNCHEZ GRANJEL, L. (1981). *Historia general de la Medicina española*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- SANTOS BARBA, A.M. (1994). *Cómo trabajar la animación a la lectura en el primer ciclo de Educación Primaria*. Madrid: Editorial Escuela Española, S.A.
- SANTOS GUERRA, M.A. (2002). *La Escuela que aprende*. Madrid: Morata.
- SANUY SIMON, C. (1993). *Cascabelea: actividades expresión oral, corporal, musical y plástica*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- SANZ DIEZ, F. (2002). *La tarea profesional del orientador de un Instituto de Educación Secundaria a través de sus vivencias. Estudio etnográfico*. Tesis Doctoral. Facultad de Educación Departamento de Didáctica y organización Educativa. Facultad de Educación. Universidad de Valladolid.
- SARTO CELS, M. (1998). *Animación a la lectura*. Madrid: Ediciones SM.
- SEGARRA COSTA, J. (1994). *Los orígenes de la Pediatría*. Barcelona: Editorial TEXT para Laboratorios Sandoz Nutrition.

- SEGURA MORALES, M. (2005). *Enseñar a convivir no es tan difícil*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer S.A.
- SERRADAS FONSECA, M. (2001). La acción educativa como alternativa en la educación de la ansiedad en el niño hospitalizado, en M. Verdugo Alonso y F. Borja Jordán de Urríes Vega (Coors): Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. 713-723. Salamanca.
- SERRADAS, M. y ORTIZ, M^a DEL C. (2001). Análisis de la realidad educativa en el hospital, en J. Bueno, T. Núñez y A. Iglesias (Edit.): Atención educativa a la diversidad en el Nuevo Milenio, 635-639. A Coruña, 2001.
- SERRANO, J. A. (2000). Psicología del niño enfermo. En: Grau, A. y Meneghello, J. Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 992-1015.
- SERRAS, M. (2002). *El aula hospitalaria como agente reductor de la ansiedad del niño hospitalizado*. En Revista española sobre discapacidad intelectual, 200. Vol. 33. Siglo Cero. 27-31.
- SKRTIC, T. M. (1996). *La crisis del conocimiento de la educación especial: una perspectiva sobre la perspectiva*. En Franklin, B. M.: Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la educación especial. Barcelona: Pomares-Corredor.
- SLADE, P. (1983). *Expresión dramática infantil*. Madrid: Santillana, S.L.
- SOBRADO, L. y otros. (1998). *Los modelos de las Comunidades Autónomas*. En R. Bisquerra (coord.). Modelos de orientación e intervención pedagógica. Barcelona: Praxis.
- SOBRINO MORRAS, Á., LIZASOAIN RUMEU, O. y OCHOA LINACERO, B. (2000). *Los profesionales europeos de la atención psicopedagógica en la hospitalización infantil*. BORDÓN, Volumen 52, N° 4.

- SORIANO, Gerónimo. (1929). *Methodo y orden de curar las enfermedades de los niños*. Madrid. Biblioteca Clásica de la Medicina Española, Tomo octavo. (Editada por la Real Academia Nacional de Medicina).
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: Ed. Fondo de Cultura.
- STAINBACK, S. y STAINBACK, W. (1999). *aulas inclusivas*. Madrid: Narcea.
- STENHOUSE, L. (1984). *Investigación y desarrollo del currículum*. Madrid: Morata.
- STIEFEL, B.M. (2008). *Competencias básicas. Hacia un nuevo paradigma educativo*. Madrid: Narcea.
- SZCEPANSKI, J. (1978). El método biográfico. *Papers. Rev de Sociología*, 10. 231-259.
- TABURNO, N. de. (1999). *La educación nacional y la escolarización de niños y adolescentes con problemas de salud en Francia: Una larga historia*. En *Intervención educativa en el medio hospitalario*, VII Jornadas de Pedagogía hospitalaria, 22-23 de mayo de 1999, Toledo, p.65.
- TAYLOR, S. y BOGDAN, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- TORRES GARCIA, M. E. (2007). *Animación a la lectura en edad infantil*. Madrid: Tutorial Formación, S.L.
- TORRES SANTOMÉ, J. (1988). *La investigación etnográfica y la reconstrucción crítica en educación*. En: Goetz y LeCompte : *Etnografía y diseño cualitativo en educación*. Madrid: Morata. 11-21.
- TRILLA, J. (1998). *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel.
- ULLÁN DE LA FUENTE, A.M. y HERNÁNDEZ BELVER, M. (2007). *Los niños en los hospitales: espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil*. Salamanca: Ediciones Témpera, S.A.

- UNESCO. (1995). *Las necesidades Especiales en el aula. Conjunto de materiales para la formación de profesores*. UNESCO. París.
- VALDES, C.A. y FLOREZ, J. A. (1995). *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Servicio de publicaciones. Universidad de Oviedo.
- VALLES FLÓREZ, R.E. (2001). *Investigación sobre el uso didáctico de las Nuevas tecnologías en la ULE*. León: U.L.E.
- VALLÉS, A. y VALLÉS, C. (2003). *Psicopedagogía de la Inteligencia Emocional*. Valencia: Promolibro.
- VALLES, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación*. Madrid: Síntesis.
- VELASCO, H. y DIAZ DE RADA, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta.
- VENTOSA PEREZ, V. J. (1996). *La expresión dramática como medio de animación en educación social: fundamentos, técnicas y recursos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- VENTOSA PEREZ, V. J. (2001). *Expresión musical, educación y tiempo libre: música y canciones para la animación y el tiempo libre*. Madrid: Editorial CCS.
- VERDUGO, M. A. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- VERDUGO, M.A. (Dir.). (1994). *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XXI.
- VISAUTA, B. (1989). *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.
- VLACHOU, A. (1999). *Caminos hacia una educación inclusiva*. Madrid: La Muralla.


- VOPEL, K. W. (2000). *Escuela, feedback, influencia, cooperación: juegos de interacción para niños y preadolescentes*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2001). *Aceptación y eliminación del miedo, crecimiento personal: juegos de interacción para adolescentes*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2001). *El animador competente. Teoría y praxis de los juegos de interacción*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2001). *Relaciones interpersonales, feedback, cooperación, roles: juegos de interacción para adolescentes, jóvenes y adultos*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2001). *Valores, objetivos e intereses, escuela y aprendizaje, trabajo y tiempo libre: juegos de interacción para adolescentes y jóvenes*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2002). *Contacto, percepción, identidad: juegos de interacción para niños y preadolescentes*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2003). *Comunicación, cuerpo, confianza: juegos de interacción para niños y preadolescentes*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2003). *Juegos de interacción para adolescentes y jóvenes: programación de vida, solución de problemas, cooperación*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2006). *Psicología positiva en primaria: juegos y actividades*. Madrid: Editorial CCS.
- VOPEL, K. W. (2006). *Cómo solucionar conflictos de manera creativa: juego para grupos de talleres y de aprendizaje*. Madrid: Editorial CCS.
- VV. AA. (1991). *Programa de actividades motivacionales en el niño hospitalizado*. Consejería de Salud. Andalucía.
- VV. AA. (2000). *Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Publicaciones.

- VV. AA. (2006). *La biblioteca escolar: un recurso educativo para la animación a la lectura en la educación primaria*. Madrid: Tutorial Formación, S.L.
- VYGOTSKY, I. (1978). *El desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. Barcelona: Grijalbo.
- WILD, R. (1999). *Educación para ser. Vivencias de una escuela activa*. Barcelona: Herder.
- WITTROCK, M.C. (1989). *La investigación de la enseñanza. Métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós-MEC.
- WOODS, P. (1989). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós. MEC.
- ZABALZA, M. A. (1991). *Los diarios de clase*. Barcelona: PPU.

Páginas web:

- <http://www.jcyl.es/educacion>
- <http://www.jcyl.es/sanidad>
- <http://www.cnice.mecd.es>
- http://www.pntic.mec.es/recursos2/atencion_diversidad/05_06.htm
- <http://www.educalia.org>
- <http://www.mundoestrellas.org>
- <http://www.krenet.it/a/bambi/Bambita/welcome.html>
- <http://www.it.kth.se/~pbercoff/>
- <http://www.starbright.org>
- <http://www.faculty.fairfield.edu/fleitas/contents.html>
- <http://www.it.kth.se/echtp>

**SELECCIÓN DE DOCUMENTOS
CONTENIDOS EN LOS ANEXOS**



Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales

2006 - 2010

Aprobado mediante Orden de 23 de marzo de 2007, de la
Consejería de Educación.

*Resolución de 28 de marzo de 2007, de la Dirección General de
Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se
acuerda la publicación del Plan de Atención al Alumnado con
Necesidades Educativas Especiales. (extracto del Plan, B.O.C. y L.
de 11 de abril de 2007)*

Junta de Castilla y León

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. DESTINATARIOS.**
- 3. PRINCIPIOS BÁSICOS.**
- 4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE ESTE ALUMNADO EN CASTILLA Y LEÓN.**
 - 4.1. Incidencia del marco normativo.**
 - 4.2. Interpretación de la situación actual.**
 - 4.3. Datos de interés sobre el alumnado con necesidades educativas especiales.**
- 5. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN.**
- 6. ESTRUCTURA DEL PLAN**
- 7. SUBPLÁN DE ATENCIÓN A LAS N.E.E. ASOCIADAS A DISCAPACIDAD.**
 - 7.1. Objetivos.**
 - 7.2. Áreas de actuación educativas.**
 - 7.3. Medidas de actuación.**

8. SUBPLÁN DE ATENCIÓN A LAS N.E.E. ASOCIADAS A TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA.

8.1. Justificación de un subplán de atención a las n.e.e. asociadas a graves trastornos.

8.2. Objetivos.

8.3. Áreas de actuación educativa.

8.4. Medidas de actuación.

9. SUBPLÁN DE ATENCIÓN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD.

9.1 Justificación de un subplán de atención a las necesidades educativas asociadas a enfermedad.

9.2. Objetivos.

9.3. Áreas de Actuación Educativa.

9.4. Medidas de actuación.

10. DESARROLLO DEL PLAN.

11. EVALUACIÓN.

II. DISPOSICIONES GENERALES

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

ORDEN EDU/1169/2009, de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

La Constitución Española de 1978 recoge, en su artículo 27, el derecho de todos a la educación, encomendando a los poderes públicos la obligación de promover las condiciones y remover los obstáculos para que este derecho sea disfrutado en condiciones de igualdad por todos los ciudadanos.

Por su parte, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su Título II «Equidad en la Educación», Capítulo I «Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo» recoge en el artículo 71 los principios que rigen la atención de este alumnado entre los cuales destaca la disposición de medios y recursos, la identificación temprana y la atención integral. En el mismo Título, en el Capítulo II, dedicado a la «Compensación de las desigualdades en educación», se establece en el artículo 80.1 que «con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ellos».

En este marco legislativo surge la necesidad de dar una respuesta educativa adecuada a la situación de aquellos alumnos que, por razón de convalencia derivada de enfermedad, podrían quedar en desventaja desde un punto de vista escolar y educativo como consecuencia de la asistencia irregular al centro docente y de las posibles consecuencias personales y emocionales que se derivan de la enfermedad.

Siendo la Administración la encargada de proporcionar los medios personales y materiales que eviten la situación descrita, se pretende establecer un procedimiento que implique a familias, centros docentes y a la propia Administración, con el objetivo de lograr una respuesta integral educativa y emocional, haciendo de la programación individual adaptada el eje sobre el que se debe articular aquella respuesta.

En su virtud, y en atención a las facultades conferidas por la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, previo dictamen del Consejo Escolar de Castilla y León,

DISPONGO

Artículo 1.– Objeto.

1. La presente Orden tiene por objeto regular la atención educativa domiciliaria de los alumnos escolarizados en segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León.

2. A los efectos de esta Orden, la atención educativa domiciliaria es el conjunto de medidas, procedimientos y recursos puestos a disposición por la Consejería de Educación para dar continuidad a la educación del

alumnado que, por razón de enfermedad crónica, enfermedad prolongada, o por lesiones traumáticas, y previa prescripción facultativa, deba permanecer convaliente en su domicilio por un período de tiempo superior a un mes.

Artículo 2.– Objetivos.

La atención educativa domiciliaria pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Garantizar una atención educativa individualizada al alumno enfermo durante el período de convalencia domiciliaria, con el objetivo de asegurar la continuidad de su proceso de enseñanza y aprendizaje y evitar el posible desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.
- Asegurar la comunicación y la coordinación entre el centro docente, las familias y en su caso, con otras administraciones, para facilitar la adaptación a la nueva situación y la pronta y adecuada reincorporación al centro docente.
- Proporcionar al alumnado que precisa atención educativa domiciliaria los medios e instrumentos necesarios para alcanzar una mejor calidad de vida y prevenir la ruptura del proceso escolar.
- Prevenir el aislamiento que se pudiera producir del alumno, creando para ello un clima de participación e interacción con la comunidad educativa.
- Facilitar la reincorporación del alumnado a su centro, una vez concluido el período de convalencia, favoreciendo su integración socioafectiva y escolar.
- Prestar asesoramiento a las familias para mantener la comunicación del alumno con su entorno escolar, social y familiar, así como para fomentar el uso formativo del tiempo libre.

Artículo 3.– Criterios.

Los criterios por lo que se regirá la atención educativa domiciliaria son:

- La intervención se planificará en función de las necesidades del alumnado, y se ajustará de forma flexible a la duración del período de convalencia.
- Tendrán prioridad los alumnos o alumnas que, según su informe médico, tengan una enfermedad que requiera una atención educativa domiciliaria más prolongada y un menor grado de autonomía personal.
- Con carácter general, el alumnado con atención educativa domiciliaria continuará escolarizado, a todos los efectos, en el centro educativo en el que estuviera matriculado. En el caso de alumnos que no pudieran comenzar el curso académico por encontrarse convalientes en su domicilio, se les asignará un grupo.

Artículo 4.– Prestación de la atención educativa domiciliaria.

La atención educativa domiciliaria se realizará por entidades privadas sin ánimo de lucro y, en casos excepcionales, personal docente de la Consejería de Educación.

Artículo 5.– Procedimiento de solicitud.

1. El padre, madre o tutor legal del alumno o alumna que precise atención educativa domiciliaria presentará en el centro en el que esté escolarizado la solicitud debidamente cumplimentada conforme al Anexo I de la presente Orden, dirigida al titular de la Dirección Provincial de Educación correspondiente.

2. La solicitud deberá ir acompañada de la siguiente documentación:
- Informe médico en el que conste el diagnóstico y la duración estimada del período de convalecencia domiciliaria. En el caso de alumnos que reciban tratamiento desde el Servicio de Salud Mental, o que presenten enfermedades infectocontagiosas, el informe médico deberá ir acompañado de orientaciones con medidas de tipo preventivo y pautas de actuación para el personal de la atención educativa domiciliaria, si procede.
 - Autorización para la entrada en el domicilio familiar de la persona que, en su caso preste la atención al alumno, así como compromiso de la familia para que una persona mayor, por ella designada, permanezca en el citado domicilio durante la prestación, de acuerdo con los modelos II y III de la presente Orden.
 - Fotocopia compulsada del DNI del padre, madre o tutor legal del alumno solicitante, salvo que manifieste en la solicitud su consentimiento expreso para que la Consejería de Educación verifique de forma directa los datos de identificación.
 - Fotocopia compulsada de la hoja del libro de familia donde este inscrito el alumno.
3. La dirección del centro incorporará a esta documentación un informe del tutor del alumno que indique el nivel de competencia curricular y, en su caso, la propuesta curricular adaptada derivada de las programaciones didácticas de las distintas áreas o materias, en función de la etapa educativa.
4. La solicitud, junto con la documentación que le acompaña, será remitida por el director del centro docente a la Dirección Provincial de Educación en los diez días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud de acuerdo al Anexo IV.
5. La solicitud será resuelta por el titular de la Dirección Provincial de Educación correspondiente, según el modelo recogido como Anexo V de esta Orden, en el plazo de cinco días hábiles desde su recepción. La resolución se notificará a la dirección del centro y a la familia, informando asimismo de la persona o institución responsable de la atención educativa domiciliaria y el horario de asistencia, con el objetivo de garantizar la adecuada colaboración y coordinación entre ambos.
6. En la Dirección Provincial de Educación correspondiente se abrirá un expediente del alumno donde constarán todos los documentos de solicitud, seguimiento y coordinación del caso.

Artículo 6.- Funciones del personal de atención educativa domiciliaria.

- Las funciones del personal encargado de la atención educativa domiciliaria son:
- El establecimiento de una coordinación sistemática, al menos de carácter mensual, con el tutor, solicitando toda la información que se considere relevante sobre la programación del curso en que se encuentre escolarizado el alumno y sobre otros aspectos personales y escolares de interés. En esta coordinación participarán, en su caso, los orientadores que atienden a los centros cuando se trate de alumnos previamente valorados como de necesidad específica de apoyo educativo. Si la situación lo permite, además, se procurará establecer una comunicación semanal desde el domicilio del alumno enfermo, con el tutor y compañeros de clase de su centro, con el fin de no perder el contacto con ellos y facilitar su retorno al aula.
 - La elaboración y desarrollo de una programación individual adaptada conforme al modelo previsto en el Anexo VI, que tendrá como referente las diferentes programaciones didácticas y la propuesta curricular adaptada incluida en el informe previsto en el Anexo IV remitida por el centro donde está escolarizado el alumno o alumna.
 - La atención e intervención educativa personalizada, adecuada a la edad y al nivel escolar del alumno o alumna, teniendo en cuenta su estado de salud y las variables socioafectivas que de la enfermedad se hayan podido derivar.
 - La elaboración de una memoria mensual de trabajo conforme al Anexo VII y de una memoria final de la programación individual adaptada de acuerdo al Anexo VIII, que contemplen los aspectos desarrollados y los contenidos trabajados, el avance académico del alumno o alumna, y las propuestas de mejora a las que hubiera lugar, en su caso.
 - La colaboración con el equipo docente en el proceso de evaluación del alumno o alumna. En este sentido, se tendrá en cuenta la opinión del personal de atención educativa domiciliaria sobre el pro-

ceso educativo del alumnado, así como los resultados de las pruebas de evaluación que se hayan realizado a tal efecto.

- La coordinación con el profesorado que atiende a este alumnado durante su ingreso hospitalario.
- El asesoramiento a las familias sobre el proceso educativo de sus hijos, facilitándoles información e implicándolas para que puedan colaborar en su recuperación escolar y personal.
- La preparación de la incorporación del alumnado a su centro, informando de la situación en la que se encuentra y, en su caso, orientando al centro sobre la conveniencia de realizar actividades de acogida e integración.

Artículo 7.- Obligaciones del centro docente.

- El proyecto educativo de los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León que imparten enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria recogerá el procedimiento de actuación para atender al alumnado matriculado en el centro docente que precise atención educativa domiciliaria.
- Los directores de los centros docentes preverán la organización de los medios para el inicio del proceso de atención educativa domiciliaria, tramitarán la documentación necesaria en los plazos establecidos, y garantizarán los espacios y tiempos para la coordinación entre el centro, el personal encargado de la atención educativa domiciliaria y las familias o tutores legales.

Artículo 8.- Obligaciones del profesorado de los centros docentes.

- El profesorado de los centros docentes en los que se encuentre escolarizado alumnado que precise la atención educativa domiciliaria colaborará en la realización de las actuaciones previstas en la presente Orden, y en concreto en:
 - Proporcionar la información relativa a las programaciones didácticas de sus áreas o materias, y cualquier otra información o documentación necesaria para la intervención educativa con el alumno o alumna.
 - Coordinar su actuación con el personal encargado de la atención educativa domiciliaria de acuerdo a lo establecido en el apartado a) del artículo 6 de la presente Orden.
 - Participar en el diseño de actividades de acogida e integración del alumnado convaleciente en los casos que se estimen necesarios.
- Los tutores recabarán la información sobre la competencia curricular del alumno o alumna convaleciente y los contenidos de las programaciones didácticas de las respectivas áreas o materias, con el objetivo de elaborar la propuesta curricular adaptada, mantendrán un contacto periódico con el padre, madre o representantes legales, y se responsabilizarán de la preparación de las actividades necesarias para la incorporación del alumno o alumna al centro de referencia.

Artículo 9.- Obligaciones de los padres, madres o tutores legales de los beneficiarios.

- Los padres, madres o tutores legales del alumnado convaleciente se comprometerán a respetar el horario concedido, a facilitar un lugar y condiciones adecuadas en el domicilio para llevar a cabo la atención educativa y a asegurar su presencia o la de un familiar o representante mayor de edad en la casa durante el período en que dure dicha atención. A este efecto deberán autorizar la prestación de la atención educativa domiciliaria en su domicilio, conforme al Anexo II de la presente Orden.
- En aquellos casos excepcionales en que no pueda estar presente el padre, madre o tutor legal, éstos deberán autorizar a una persona mayor de edad para acompañar al alumno o alumna en el domicilio durante la prestación de este servicio, de conformidad con el modelo previsto en Anexo III de la presente Orden.

Artículo 10.- Obligaciones de las entidades colaboradoras.

En el caso de que la atención educativa domiciliaria sea realizada a través de una entidad pública o privada sin ánimo de lucro, el personal de la misma deberá asumir los siguientes compromisos:

- Prestar el apoyo educativo domiciliario al alumnado por motivos de enfermedad que la Dirección Provincial de Educación y, en su caso, la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa determinen.

- b) Disponer del personal con la titulación adecuada. A efectos de titulación, será requisito estar en posesión del título de Maestro o título de Grado correspondiente; título de Licenciado, Ingeniero, Arquitecto o el título de grado correspondiente u otros títulos equivalentes a efectos de docencia.
- c) Coordinar sus actuaciones con las respectivas Direcciones Provinciales de Educación donde haya que prestar la atención educativa domiciliaria.

Artículo 11.- Evaluación de los aprendizajes.

1. La evaluación de los aprendizajes del alumnado de atención educativa domiciliaria corresponde al centro docente en el que esté matriculado. Dado el carácter global, continuo, formativo y orientador del proceso educativo que tiene la evaluación de las distintas etapas educativas, se tendrán en cuenta los informes y documentos que a tal efecto elabore el personal del programa de atención educativa domiciliaria y, en su caso, el tutor.

2. El personal que presta la atención educativa domiciliaria ejercerá como vínculo entre el profesorado y el alumnado en cuanto al desarrollo de las actividades que sirvan para la evaluación de los conocimientos adquiridos durante el período de convalidación: trabajos, pruebas o cualquier otra actividad que pueda aportar información al profesorado responsable para la evaluación y calificación del alumnado.

3. Las decisiones sobre promoción y titulación se tomarán atendiendo a lo establecido con carácter general para el resto del alumnado y para cada una de las etapas educativas, de acuerdo a la normativa vigente. El alumno que haya recibido atención educativa domiciliaria será objeto de una evaluación inicial en el momento de su vuelta al centro, con el objetivo de adaptar la respuesta educativa a sus necesidades en ese momento. Dicha respuesta podrá incluir las medidas de atención educativa que se estimen oportunas, incluida la elaboración de adaptaciones curriculares individualizadas.

Artículo 12.- Coordinación, seguimiento y supervisión.

1. Corresponde a la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa realizar las funciones generales de coordinación, seguimiento y supervisión de la atención educativa domiciliaria, en colaboración con las Direcciones Provinciales de Educación.

2. El Área de Inspección Educativa de cada Dirección Provincial de Educación realizará las tareas de seguimiento de cada uno de los casos de atención educativa domiciliaria, especialmente en el cumplimiento de la Programación Individual Adaptada.

3. El titular de la Dirección Provincial de Educación remitirá a la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Educativa un informe trimestral sobre las actuaciones de atención educativa domiciliaria que se hayan desarrollado en la provincia que contemple, al menos la siguiente información: número de casos atendidos, centros docentes afectados, horas de atención semanal, duración de la atención educativa domiciliaria, personal y, en su caso, entidad que ha desempeñado la atención educativa domiciliaria, resultados de la supervisión, así como cualquier otra información que se estime conveniente para el seguimiento y supervisión de la atención educativa domiciliaria.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Desarrollo normativo.

Se faculta a los Directores Generales de la Consejería competente en materia de educación a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en la presente Orden.

Segunda.- Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el 1 de septiembre de 2009.

Valladolid, 22 de mayo de 2009.

El Consejero,

Fdo.: JUAN JOSÉ MATEOS OTERO

CURSO:



Plan de trabajo de Aulas hospitalarias.



- INTRODUCCIÓN
- CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO ESCOLAR.
- CARACTERÍSTICAS DEL ALUMNADO
- OBJETIVOS DE LAS AULAS HOSPITALARIAS.
- ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS AULAS. HORARIO DE LAS AULAS HOSPITALARIAS.
- CALENDARIO ESCOLAR.
- DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO EN EL AULA.
- METODOLOGÍA.
- TEMAS TRANSVERSALES.
- PROYECTOS SEMANALES DE TRABAJO.
- ACTIVIDADES PARA LOS PROYECTOS.
- RECURSOS.
- FUNCIONES DEL PROFESOR DEL AULA HOSPITALARIA.
- VIDEOCONFERENCIAS.
- EVALUACIÓN.

Curso

Memoria final



Aulas hospitalarias de Valladolid

. Aulas hospitalarias:

- Profesores:

- *INTRODUCCIÓN.*
- *DATOS ESTADÍSTICOS:*
 - *Índice de ocupación del Aula por mes.*
 - *Distribución de niños/niñas*
 - *Alumnado atendido mensualmente.*
 - *División por niveles educativos*
 - *Fichas de alumnado por niveles, estancia y especialidad médica.*
 - *Duración media de las estancias.*
 - *Duración de estancias por niveles.*
 - *Alumnado por trimestres y niveles escolares.*
 - *Alumnado por Centros.*
 - *Alumnado por lugar de procedencia.*
 - *Índice comparativo con Cursos anteriores.*
 - *Gráfico de especialidades médicas.*
- *DATOS COMENTADOS.*
- *ANÁLISIS DEL PLAN DE TRABAJO.*
- *ANEXOS*



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Educativa

ALUMNADO ATENDIDO POR UNIDADES DE APOYO EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

(CURSO:)

Dirección Provincial de

Aula Hospitalaria del Hospital
 Profesor/a
 Cuerpo docente
 Especialidad

DISTRIBUCION DEL ALUMNADO POR NIVEL EDUCATIVO Y TIPO DE ESTANCIA																									
NIVEL EDUCATIVO	CORTA HOSPITALIZACION (menos de 15 días/curso escolar)						MEDIA HOSPITALIZACION (15-30 días/curso escolar)						LARGA HOSPITALIZACION (más de 30 días/curso escolar)						TOTALES						
	centros públicos			centros concertados			centros públicos			Centros concertados			centros públicos			centros concertados			centros públicos			centros concertados			
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	
INFANTIL																									
PRIMARIA																									
E.S.O.																									
BACHILLERATO Y FORMACION PROFESIONAL																									
TOTALES																									

Revista de las Aulas Hospitalarias
en Castilla y León

Aulas hospitalarias

Nº1 enero 2004



- **Avila:** Hospital Nuestra Señora de Sonsoles
- **Burgos:** Hospital General Yagüe
- **León:** Hospital Virgen Blanca
- **Salamanca:** Hospital Universitario
- **Segovia:** Hospital General
- **Valladolid:** Hospital Clínico Universitario
Hospital Pío del Río Hortega


Junta de
Castilla y León

Presentación

Constituye para mí un motivo de gran satisfacción la aparición del primer número de la revista "Aulas Hospitalarias" sobre la actividad educativa de estas aulas en Castilla y León.

El ingreso en un hospital siempre supone un importante cambio de las actividades cotidianas de las personas y, en el caso de los pacientes en edad escolar, entraña el riesgo de ver interrumpido su proceso de aprendizaje.

Para hacer frente a esta situación se lleva a cabo una atención educativa específica a través de las "unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias", más conocidas como "aulas hospitalarias", como fruto de la iniciativa conjunta entre las instancias educativas y las sanitarias.

A través de esta medida se consigue mantener la actividad educativa de estos alumnos, pero también se logra crear un entorno agradable para el niño hospitalizado y se favorece una actitud más positiva y favorable para la recuperación.

El periodo de estancia hospitalaria suele ser de corta duración, pues habitualmente no supera los quince días, pero un importante número de alumnos pasa por esta situación. Ocho de cada mil alumnos atraviesan por un proceso de hospitalización durante el curso escolar.

El aula hospitalaria constituye una parte más del recinto hospitalario, un elemento integrado en su espacio físico, pero también una medida que forma parte de un ámbito funcional, en el que las vertientes educativa y lúdica conforman una síntesis con la vertiente propiamente terapéutica, de efectos positivos de carácter recíproco.

El maestro que está al frente del aula hospitalaria realiza cada día y en cada momento ese milagro renovado de facilitar a los niños hospitalizados los elementos y la metodología que necesitan, de acuerdo con su edad, su estado físico y emocional, su proceso educativo y el tiempo de estancia previsto.

Podemos congratularnos de haber logrado un espacio atractivo para nuestros alumnos, dotado de libros y juegos educativos, de equipos informáticos y otros materiales de interés cultural; pero sobre todo nos sentimos satisfechos de las actividades que diariamente desarrollan los maestros y los niños hospitalizados en edad escolar, adaptadas a las circunstancias, requerimientos y necesidades de cada caso.

A través de la iniciativa de compensación educativa de estas aulas en nuestra Comunidad se ha logrado dar respuesta adaptada a las particulares necesidades específicas de un alumnado que ha

Ta c i o n

de interrumpir temporalmente su asistencia al centro educativo y se ve aquejado de unas circunstancias de desventaja de carácter sanitario.

También el personal del ámbito hospitalario y, particularmente, el más directamente vinculado a la Pediatría se ha sumado con entusiasmo a este proyecto, hasta llegar a concebirlo como parte inseparable de la vida y del quehacer de los niños durante su tiempo de permanencia en el hospital.

La presencia de estas aulas constituye la manifestación viva y palpitable de una respuesta dinámica ante el hecho de la hospitalización de los niños, que les brinda la oportunidad de manifestar una imagen positiva durante estos momentos excepcionales de su proceso de internamiento.

En estos momentos, los alumnos y sus profesores han querido coronar sus actividades cotidianas con la creación de este número de una revista específica donde se exponen algunas de las interesantes actividades desarrolladas. Quieren así mostrar a los alumnos que puedan atravesar por circunstancias de desventaja, pero también a la comunidad educativa ya la sociedad en general, que la dificultad no es incompatible con el trabajo y el ocio.

Si tradicionalmente se ha dicho que se aprende de las dificultades, estos niños y sus profesores nos demuestran ahora que mientras duran las dificultades también se puede convivir, aprender y disfrutar.

Desde aquí quiero expresar mi profundo reconocimiento a la meritoria labor de los profesionales de la Educación y de la Medicina así como a las importantes aportaciones de numerosos voluntarios que, con mucho cariño y dedicación, están haciendo realidad este importante proyecto y quiero manifestar igualmente mi sincera felicitación a todos esos alumnos y alumnas que pasan cada año por estas aulas y que van dejando destellos de su tesón, de su ilusión y de su creatividad.

Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Educación de la Junta de Castilla y León

Ávila

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles

Desde 1961 funcionaba, en el Barrio de la Estación de Ferrocarril de Ávila, la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. de Sonsoles. A todas luces el número de camas que ofertaba, con el paso de los años, se hacía cada vez más patentemente insuficiente.



En 1972, según el Seguro Obligatorio de Enfermedad, el número de camas con el que debía contar el sistema público de salud abulense debía ser de 400 camas y en la Residencia sólo había 55. La diferencia entre ambas cifras se solventaba recurriendo a conciertos con entidades sanitarias públicas y privadas.

Es por todo ello, que en septiembre de 1972, por acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo de Administración

del Instituto Nacional de Previsión, se adquiere la parcela para la construcción de lo que será el Hospital "Ntra. Sra. de Sonsoles", en el Kilómetro 109 de la Carretera Ávila-Villacastín, a 1.500 metros del centro urbano.

El proyecto del arquitecto D. Francisco Javier Águilas Borrás es aprobado en diciembre de 1973. La obra es adjudicada por concurso a Laing Ibérica S.A. en abril de 1974. El 21 de junio de ese año se inician las obras. La obra es recibida definitivamente en febrero de 1976. La incorporación del personal sanitario y no sanitario se realiza entre diciembre de 1975 y enero de 1977.

El 8 de febrero de 1977 ingresa el primer paciente en el Servicio de Medicina Interna. El 9 de junio de 1978, SS. MM. los Reyes de España, D. Juan Carlos I y D^a Sofía, inauguran oficialmente el Hospital. En el año 2002 el Hospital conmemoró su 25 Aniversario.

El aula hospitalaria

El profesor de este aula es
Jesús del Pozo Martín

El aula del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles está situada en el ala derecha de la 4^a planta (Pediatría). Dispone de una habitación de unos veinte metros cuadrados donde un profesor, Jesús, atiende a los niños hospitalizados a partir de dos años; hay alumnos de infantil, primaria y secundaria. Funciona pues, como una escuela unitaria.

Durante el curso pasado atendió a 233 alumnos en educación infantil, 146 en primaria y 90 en secundaria. Los alumnos



suelen estar muy pocos días hospitalizados; normalmente entre uno y cuatro días, es una hospitalización corta.

Las actividades que se desarrollan pueden agruparse en tres apartados: de tipo curricular dirigidas a la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, lúdicas para reforzar el desarrollo de la personalidad y otras dirigidas a mejorar la situación personal, psicoafectiva y social del niño hospitalizado.

Burgos

Hospital General Yagüe

El Hospital "General Yagüe" presta asistencia sanitaria especializada a Burgos capital y su entorno, y es el Hospital de referencia para el Área Sanitaria. Consta de:



Un edificio central que alberga fundamentalmente el área de hospitalización, Servicios Centrales de apoyo al diagnóstico, Urgencias, una parte de la actividad de consultas externas y el área administrativa y de gestión.

Un Centro de Especialidades, cercano al núcleo de hospitalización pero sin conexión con él, donde se desarrolla buena parte de la actividad de consultas externas.

Un centro concertado por la Dirección Provincial: el Consorcio Hospitalario Divino Valles, Consorcio formado por la Excm. Diputación Provincial y la Junta de Castilla y León.

El Servicio de Cirugía Pediátrica se inauguró a finales del año 1977. Durante estos 25 años han ingresado en el Servicio casi 40.000 niños y se han practicado 25.000 intervenciones quirúrgicas.

Desde los últimos 15 años se ha considerado al Servicio de Cirugía Pediátrica como de referencia regional de Castilla y León. Se operan al año aproximadamente 200 niños de las provincias limítrofes de Burgos como son las de Valladolid, Palencia y Soria principalmente.

El aula hospitalaria

La profesora de este aula es **Crescenciana González González**

El aula escolar está situada en el ala izquierda de la 7ª planta, en el servicio de Cirugía Infantil y Sección de Pre-escolares. Inició su andadura en el año 1999 estando atendida por una profesora, Crescencia.

Tres son las áreas de actuación con el alumnado hospitalizado: refuerzo y desarrollo de las técnicas instrumentales básicas, atención y desarrollo de la situación emotiva y compensación de su aislamiento afectivo-social.



El espacio del aula es amplio, alegre, bien ventilado y luminoso. El niño/a enfermo va con agrado, a la vez que no permanece inactivo durante su ingreso y ocupa su tiempo libre.

Durante el mes de mayo se han celebrado los 25 años del Servicio de Cirugía Pediátrica con una serie de actos que incluyeron una exposición infantil de dibujos y carteles de niños que pasaron por el aula hospitalaria de la 7ª planta.

León

Hospital Princesa Sofía

León contó desde un principio con el hospital Virgen Blanca, perteneciente a la red nacional del INSALUD. Con posterioridad la Diputación de León construye el hospital Princesa Sofía, para responder a la creciente demanda hospitalaria de la zona.



En septiembre de este año cumplirán 13 años que se fusionaron la residencia "Virgen Blanca" y el hospital "Princesa Sofía" para formar un único complejo hospitalario. La sección de pediatría se ubica en la 2ª planta en el "Princesa Sofía" y dispone de los siguientes servicios:

- Unidad de aislamiento infantil (5 habitaciones individuales).
- Pediatría (11 habitaciones para lactantes y niños hasta 14 años).
- Neonatología.
- UCIN (unidad de cuidados intensivos de neonatos).

El centro hospitalario no dispone (ni está contemplado en el actual proyecto) de servicio de cirugía pediátrica, por ello cuando es preciso los pacientes son trasladados a los hospitales de Salamanca, Oviedo y Madrid, según la patología que presenten y respetando siempre que es posible las preferencias y circunstancias familiares. El número de traslados en el año 2002 fue de 20 niños sobre un total de 1.323 pacientes ingresados.

En la actualidad se están acometiendo obras de rehabilitación, mejora y ampliación del complejo hospitalario. En unos meses, previsiblemente en el primer trimestre del año 2004, la sección de pediatría se trasladará al hospital Materno-Infantil que se está edificando dentro de la ciudad hospitalaria.

El número de camas disponibles pasará de 37 camas existentes en la actualidad a 28 camas en su nueva ubicación, siendo las habitaciones de 1 ó 2 camas máximo (en estos momentos hay habitaciones de 2, 3 y 5 camas), esta reducción de plazas se basa en el estudio de las tasas de ocupación.

El aula hospitalaria

La profesora de este aula es
M^a Carmen del Río González

El aula hospitalaria de León comienza su andadura hace ahora 5 años. Está ubicada en el hospital "Princesa Sofía" en la planta de pediatría, el espacio que ocupa en la actualidad es un antiguo guardarropa de dimensiones muy reducidas, unos 9 a 10 metros cuadrados y no dispone de luz natural, no obstante este enclave es provisional.

En el hospital Materno-Infantil hay un espacio dedicado a actividades educativas compuesto por un aula de unos 50 metros cuadrados (con baño y despacho incorporados) muy bien orientada y con grandes ventanales, asimismo

existe una sala de unos 30 metros cuadrados destinada a juegos infantiles.

Al aula acuden niños de edades comprendidas entre los 3 y los 14 años. La mayoría de ellos están hospitalizados por procesos agudos, son por tanto alumnado de corta hospitalización con una estancia media de unos 4 días. Durante el curso 2002-2003 Carmen fue su profesora.

A lo largo del curso escolar 2002-2003 han acudido al aula unos de 550 alumnos, siendo en su mayoría de corta hospitalización.

Salamanca

Hospital Universitario

Este hospital es un complejo sanitario compuesto por diferentes centros, cuyo origen se remonta a casi cuarenta años.

El primer centro (Virgen de la Vega) fue inaugurado en 1965, junto con el Centro de Especialidades (Ambulatorio) anexo al mismo. En 1975 fueron inaugurados el entonces Edificio Materno-Infantil, anexo al Virgen de la Vega y el Hospital Clínico, dependiente de la Universidad Civil de

Salamanca. En 1987, el Hospital Clínico se integra en la red de la Seguridad Social. Desde 1988, el Hospital Universitario de Salamanca funciona como un órgano de gestión único.



El aula hospitalaria

La profesora de este aula es Salomé Gándara Gavilanes

El Aula Hospitalaria comienza a funcionar a finales del año 1997, después de superar algunas dificultades. Se encuentra ubicada en la 3ª planta del Hospital Universitario (Clínico); en Pediatría. Salomé es su profesora.

Cuenta con un espacio considerablemente pequeño pero muy alegre y luminoso. Está dotado de mucho material; cuenta con medios informáticos, internet, equipo de video-conferencia, televisión y vídeo.

Desde el Aula Hospitalaria se atiende a los niños y niñas entre 3 y 14 años tanto en sus habitaciones como en el aula, porque, como es de suponer, no todos pueden acudir a aula debido a su enfermedad.



También acuden al aula los niños de Hospital de Día, que son todos aquellos niños que acuden al hospital a revisión médica o a recibir algún tipo de tratamiento y deben permanecer gran parte del día en el hospital.

Reciben atención directa por parte de la maestra del aula todos aquellos niños que por su enfermedad permanecen aislados en sus habitaciones y aquellos niños que perteneciendo a la planta de Pediatría se encuentran en otra planta para hacerse un trasplante de médula. Estos niños son de atención preferente porque serán los niños que más tiempo estén sin acudir a sus colegios.

A mediados de mayo comenzaron las obras en la biblioteca para trasladar el aula allí por contar con un espacio considerablemente más grande del que disponemos en la actualidad.

Segovia

Complejo Hospitalario

El complejo hospitalario de Segovia, consta en la actualidad de dos edificios, que funcionan administrativamente como un todo, aunque entre ellos hay una distancia física importante.



El más antiguo de ambos edificios, conocido actualmente como "Hospital Policlínico" comenzó a construirse en 1942 y se inauguró en 1948 con el nombre de Sanatorio Policlínica 18 de Julio. Durante más de 25 años fue el único hospital civil laico existente en Segovia y en él nacieron gran parte de los segovianos durante esta época.

Posteriormente, el 15 de noviembre de 1974, se inauguró la entonces llamada Residencia Sanitaria "Licinio de la Fuente" que pasaría a denominarse más tarde "Hospital General de Segovia", asumiendo la mayor parte de las atenciones especializadas, sobre todo cuando se construyó, unido al edificio de hospitalización, el Edificio de Consultas de Atención Especializada.

En la actualidad, el complejo hospitalario vive una gran transformación, estando próxima la inauguración de una importante ampliación llevada a cabo en el Hospital General, en el que se ha iniciado además, una profunda reforma.

El aula hospitalaria

La profesora de este aula es Sagrario Pérez de Pablo

Se encuentra ubicada en la primera planta del Hospital General. La atención a los alumnos por parte de Sagrario, la profe; comienza a las 10 de la mañana y se prolonga hasta la 1 del mediodía, hora de comida en el hospital. Se reanuda a las 2 de tarde y finaliza a las 3 de la tarde.

De 9 a 10 de la mañana se destina a contacto con tutores, relación con el personal sanitario, preparación de actividades, relación con los padres, etc.



Por la mañana el trabajo es individual, centrado en matemáticas y lenguaje, así como trabajos de investigación tanto para la revista elaborada en el aula como búsqueda de información sobre su enfermedad. Tras la comida el trabajo es de carácter lúdico o experimental.

Los escolares ingresados tienen atención individual, pero se les incluye en las actividades de grupo siempre que sea posible, para evitar su aislamiento.

Valladolid

Hospital Clínico Universitario

El Hospital Clínico Universitario de Valladolid, heredero del antiguo Hospital Provincial de la Resurrección, inicia su andadura oficial el 3 de enero de 1978. Esta fecha pone fin a un largo proceso iniciado a principios de los años 70, orientado a sustituir unas instalaciones que desarrollaban su actividad desde 1889.



Era necesario dotar a Valladolid y a su Universidad de un nuevo centro capaz de dar respuesta a las necesidades de los nuevos tiempos y situarla en disposición de asumir los retos de futuro. Con esta vocación se inician, por parte del Rector Universitario de entonces, las primeras gestiones con el Ministerio de Educación. Fruto de ellas, se obtiene

la financiación del edificio que, ubicado en los terrenos del antiguo Seminario Diocesano, inicia su construcción en 1971.

El día 1 de enero de 2002, el Hospital, fue transferido, junto con el resto de los servicios asistenciales del INSALUD, a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, integrándose en su red sanitaria y formando parte de SACYL.

El Hospital Clínico Universitario actual, que cumple este año sus 25 años al servicio de la sociedad de Valladolid y de Castilla y León, es el centro de referencia de la Zona Este de la atención especializada de Valladolid. Comprende básicamente, los barrios de la Rondilla, Pilarica, Delicias, España, Pajarillos y una parte de la zona Centro, así como pueblos de la provincia. Dispone de todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

El aula hospitalaria

La profesora de este aula es
Milagros León Simón

Inició su andadura en el curso 1985/86; es un espacio claro, alegre, bien comunicado y decorado al gusto infantil y juvenil. Se encuentra ubicado en la 8ª planta dentro del servicio de Pediatría. Milagros es su profesora. Pretende dar la respuesta educativa adecuada que los niños y jóvenes adolescentes precisan en esos momentos de hospitalización.

El horario está fijado de acuerdo con el calendario escolar establecido y teniendo



en cuenta las necesidades propias del centro hospitalario. La media de niños en el aula es de 8 a 10, de los cuales el 75% pertenecen a zona urbana y el 25% a zonas rurales. Un 18% de los niños vienen de otras provincias. La estancia media es de unos 12 días.

Los alumnos que acuden a este aula tienen edades comprendidas entre 3 y 16 años, son grupos heterogéneos: distintas edades, centros, dolencias, etc.

Hospital Universitario Pío del Río Hortega

El Hospital Universitario Pío del Río Hortega, llamado así desde el 1 de enero de 1996, está ubicado entre las calles Cardenal Torquemada, Avda. Sta. Teresa y Pelota y los patios del colegio El Salvador en la ciudad de Valladolid.



El Hospital se construyó en el año 1953. Ha pasado por fases de ampliación (año 1974) y reformas en diferentes años, con el objetivo de ir adaptando los servicios a las nuevas necesidades asistenciales y a la incorporación de la alta tecnología.

Los edificios que conforman el centro hospitalario son: edificio principal, edificio de consultas externas edificio administrativo, talleres de mantenimiento y otras construcciones que albergan las instalaciones del Hospital y distintas áreas de apoyo.

Un total de 32 especialidades, de las cuales 16 son médicas, 9 quirúrgicas y 7 servicios centrales desarrollan su actividad en las distintas áreas hospitalarias, quirófano, paritorios,

cuidados críticos (urgencias, U.V.I., neonatología), unidades de hospitalización, servicios centrales, consultas externas y hospital de día.

El nombre de nuestro hospital, se debe al médico Pío del Río Hortega que nace en Villa de Portillo (Valladolid) el 7 de mayo de 1882.

Sus primeros estudios los cursó en la escuela de la localidad, continua el bachillerato en el instituto de Valladolid. Desde temprana edad muestra un marcado interés por los problemas biológicos. Tras finalizar el bachillerato comienza la carrera de medicina en el curso 1888-1889.

En 1907 obtiene el nombramiento de médico titular de Portillo (Valladolid), en 1910 lee la tesis doctoral en Madrid, con el título de: "Alteraciones del tejido nervioso y síntomas generales en los tumores del encéfalo".

En la reunión celebrada el 29 de enero de 1925 por la junta para la ampliación de estudios, se acordó designar a Pío del Río Hortega una pensión para que dicte en la institución Española de Buenos Aires y estudió la posibilidad de colaboración científica entre España y Argentina. Murió el 1 de junio de 1945.

El aula hospitalaria

La profesora de este aula es Olga Fernández Sardón

Se encuentra ubicada en la planta de Pediatría (7ª planta) a la derecha, donde acuden los niños que por diversos motivos permanecen ingresados en él. Olga es su profesora.

A dicha aula asisten todos los niños ingresados ya sea por su propio pie o en cama, siempre que su pediatra lo aconseje. En caso de permanecer en aislamiento son atendidos en su propia habitación.

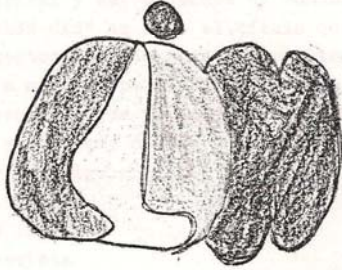
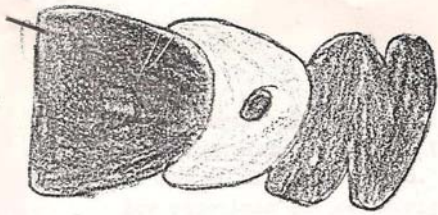
Las actividades del aula son de tipo: educativo, adaptando su currículo ordinario; lúdico-

formativas favoreciendo la socialización con los nuevos compañeros; actividades complementarias dedicadas a la salud o a intereses diversos que los afirmen como grupo.

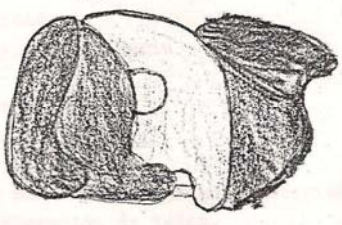


Sin duda el aspecto más relevante del funcionamiento de un aula hospitalaria son las múltiples coordinaciones que se deben realizar: con los padres, con los tutores respectivos cuando la estancia es superior a 10 días, con el personal sanitario, etc.

Nº 1
Enero 1987



(Clínico)

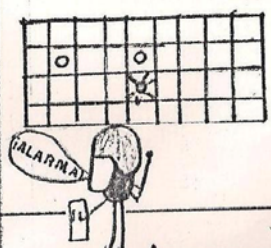


(Clínico)

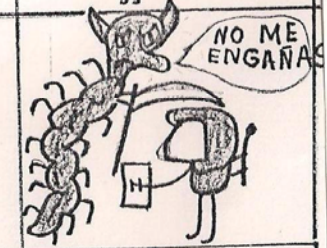
El periódico del Hospital "Clínico"



LOS INTRUSOS



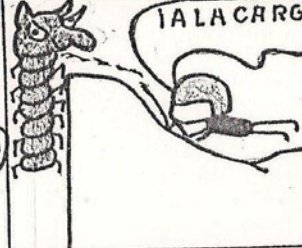
LOS ORGANOS VIVIAN FELICES



MIENTRAS EL SE PREPARA

VAN A LA GUERRA

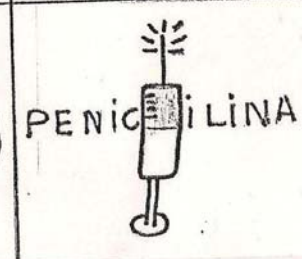
AVANZAN



SE PERCATAN

EN EL CAMPO

LA RETIRADA



Don

C.E.C.-S.A.C.Y.L.

Nº 29

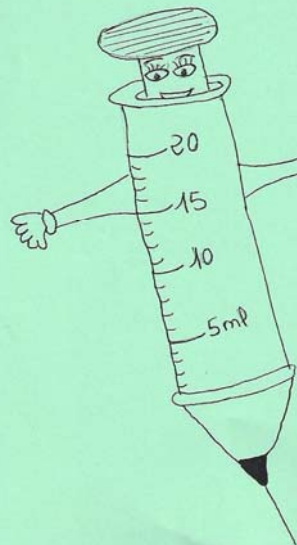


J.C.Y.L.

CIN-CAS

CURSO: 2002-2003

3º Trimestre



Mª Isabel
López
1º ESO



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA

DIRECCIÓN GENERAL
DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL
E INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO DE
INVESTIGACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN EDUCATIVA

AULA HOSPITALARIA DEL
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Avda. Ramón y Cajal, 3
47003 VALLADOLID

Madrid, 18 de enero de 2007

Estimados compañeros y compañeras:

Adjunto os remitimos dos copias del primer CD de la colección "Tú también cuentas". Dicha colección consta de tres historias que tienen como objetivo ayudar, a los niños y niñas que pasan temporadas hospitalizados, a que superen algunos de sus miedos, además de ser una forma atractiva de fomentar la lectura y otras actividades durante esos periodos.

Este material ha sido realizado por un grupo de docentes y su alumnado del Aula Hospitalaria del Hospital La Paz de Madrid.

El Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación y Ciencia ha apoyado esta interesante iniciativa esperando que facilite vuestra labor docente.

Un cordial saludo,

Elena González Briones
Jefa del Área de Programas de Innovación

CORREO ELECTRÓNICO:

cide@mec.es

<http://www.mec.es/cide>

GENERAL ORAA, 55
28006 MADRID
TEL.: 91 745 94 00
FAX: 91 745 94 38

Seminario de

Aulas hospitalarias y Atención Domiciliaria



14 abril de 2005
Hotel Juan de Austria
Valladolid


Junta de
Castilla y León



Junta de
Castilla y León

Consejería de Educación

Dirección General de Formación
Profesional e Innovación Educativa

SEMINARIO DE AULAS HOSPITALARIAS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

Fecha: 14 abril de 2005

Lugar: Hotel Juan de Austria
Paseo Zorrilla, 108 (Valladolid)

FINALIDAD:

Propiciar un punto de encuentro y presentación de iniciativas y buenas prácticas de los profesionales dedicados a la compensación educativa del niño enfermo.

DESTINATARIOS:

- Profesorado de aulas hospitalarias.
- Profesorado vinculado a la atención domiciliaria.
- Responsable provincial de Educación Compensatoria.

PROGRAMA:

- | | |
|------------------|---|
| 10 - 10:30 h. | <i>Inauguración y presentación del Seminario</i> por el Ilmo. Sr. Director General de Formación Profesional e Innovación Educativa, D. Marino Arranz Boal. |
| 10:30 – 11:30 h. | <i>Presentación de distintas iniciativas y ejemplos de buenas prácticas sobre atención educativa del alumnado hospitalizado atención educativa domiciliaria del alumnado convaleciente: aspectos organizativos y metodológicos de especial interés.</i> |

11:30 – 12:00 h.	Café.
12:00 - 14:00 h.	Continuación de la <i>Presentación de iniciativas y ejemplos de buenas prácticas.</i>
14:00 – 16 h	Comida.
16 – 18 h.	<i>Conclusiones y propuestas de futuro.</i>

PLANE DE TRABAJO A SEGUIR:

Cada provincia dispondrá de un máximo de 20 minutos para la exposición de las distintas iniciativas, experiencias y propuestas de su provincia sobre la atención hospitalaria y la atención domiciliaria.

* * * * *

Imágenes de actividades en Aulas hospitalarias





1^{er} Certamen literario

Cuentos de Hospital



D. L.: VA - 1321 / 08

Bases

I CERTAMEN "CUENTOS DE HOSPITAL, COVI SÁNCHEZ"

1.- La Delegación en Valladolid de la Asociación de Escritores Noveles (AEN), con el patrocinio de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, convoca el "I CERTAMEN LITERARIO CUENTOS DE HOSPITAL" para niños que por motivo de enfermedad o accidente soporten ingresos en los Hospitales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

2.- Podrán participar en él los niños, cualquiera que sea su nacionalidad, con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, que se encuentren ingresados en los Hospitales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

3.- Los cuentos, de tema libre y escritos en castellano, tendrán una extensión mínima de 3 folios y máxima de 8, escritos por una sola cara, y podrán ser presentados bien manuscritos o bien mecanografiados a máquina, a doble espacio, o a ordenador, letra arial o times new roman, tamaño 12.

4.- Un jurado independiente designado por AEN y compuesto por personas de reconocido prestigio dentro del ámbito cultural y literario otorgará un primer premio y dos accésit a los cuentos que por su calidad literaria estime merecedores de ello.

5.- Se establecen los siguientes premios para los ganadores del certamen:

- Primer premio: un ordenador portátil.
- Primer y segundo accésit: Dos mochilas con material escolar y literatura infantil por importe de 150 euros cada una.

Además se establece un premio de 200 euros en material escolar y de literatura infantil para el aula del Hospital de referencia del niño que resulte ganador del certamen.

6.- Los cuentos podrán presentarse desde el día 1 de Diciembre del 2008 hasta el 20 de Abril del 2009, por los siguientes medios:

- Por correo ordinario, a la siguiente dirección: AEN, Delegación de Valladolid, Apartado de Correos 235 Valladolid.

- Mediante entrega a los profesores de las Aulas que se imparten en los Hospitales de Castilla y León, con cuyos responsables se pondrá en contacto AEN para coordinar la recepción y entrega.

7.- Los cuentos se presentarán grapados y sin firmar, y junto con ellos se presentará una plica en cuyo exterior únicamente figurará el título que figure en el cuento, debiendo consignarse en su interior el nombre y apellidos del niño, así como el domicilio y teléfono de su padre, madre o representante legal, y el Hospital desde el que participa.

8.- El fallo del jurado, que será inapelable, se producirá en el mes de Junio y se hará llegar a los medios de comunicación y se comunicará personalmente a los ganadores en la persona de sus representantes legales.

9.- La participación en el certamen supone la aceptación de las presentes bases.



MUSEO DE ARQUEOLOGÍA.
(MUSEOS DE CASTILLA Y LEÓN)
TALLERES EN EL AULA HOSPITALARIA

En la Programación del aula de Escolares, de los hospitales de Valladolid, desde hace varios cursos, están presentes los Talleres del Museo de Arqueología.

Estas actividades que siempre tienen un valioso papel en un centro escolar, lo tienen aún mayor si cabe, en el aula hospitalaria.

Los objetivos de estos talleres son múltiples, pudiéndose citar algunos como:

- Incrementar las actividades dirigidas a los escolares pacientes.
- Favorecer la recuperación de tareas propias del nivel escolar.
- Prevenir sensaciones de soledad y aislamiento de su vida cotidiana.
- Aumentar las relaciones entre compañeros
- Potenciar la comprensión y la expresión.

Se realizan con una periodicidad mensual.

Los talleres trabajados son: el Taller de los Romanos, el Taller de los Hielos, el Taller de la botica, el Taller del fuego.

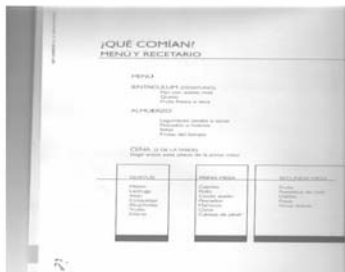
Antes de comenzar el taller, buscamos información referida al mismo, en libros, revistas o internet.


Después en Asamblea, dialogamos y hacemos una pequeña evaluación para detectar el nivel de conocimientos sobre el tema. Integramos a todos los alumnos que ese día pueden participar en la Actividad y ya estamos dispuestos para que los expertos del Museo nos guíen en la Experiencia.

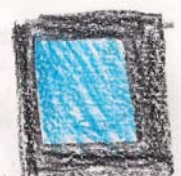
Generalmente una exposición del contexto o un texto interesante son los encargados de hacer la presentación atractiva e introducimos realmente en el taller.

Todos estamos encantados, se observa, se pregunta, se modela, se participa,...se aprende y se colabora al máximo.

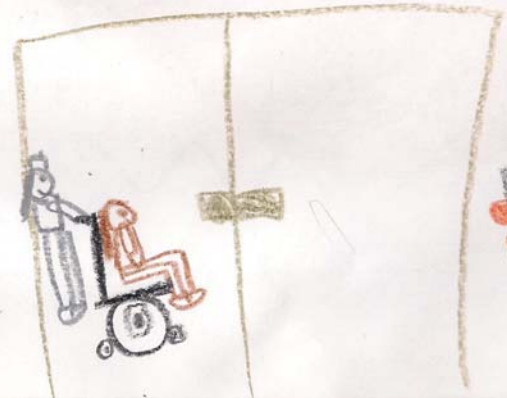
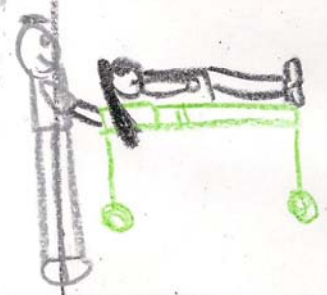
Al final los conocimientos adquiridos se plasman en Cuadernos del alumno, y en bonitos trabajos, como podemos ver
(Aula de Escolares)



El Clinico Universitario  Saayl



Río Hortega  Saayl



colegio de un hospital





Sanidad [Un oasis dentro del hospital](#)

Las instalaciones del Aula Hospitalaria del General Yagüe han sido remodeladas para prestar una mejor atención a los escolares que deben permanecer en el centro sanitario por una dolencia • Además cuentan con ordenadores

c.m/Burgos

No van al colegio ataviados con babis y pesadas carteras con libros y cuadernos, sino que lo hacen en pijama y además padecen alguna enfermedad o dolencia. Son los alumnos del Aula Hospitalaria ubicada en la séptima planta del General Yagüe, un servicio que tiene como objetivo que los pequeños hospitalizados no tengan retrasos en su educación motivados por su especial situación.

Dentro del aula no existe la sensación de estar dentro de un hospital. Las paredes están pintadas de vivos colores y decoradas con muñecos, hay mesas y sillas como en una clase normal, muchos juegos e incluso ordenadores. Las instalaciones se han mejorado recientemente y toda persona que pasa por el pasillo de Cirugía Infantil y Sección de Preescolares del Hospital General Yagüe se detiene a mirar lo que hacen los pequeños.

La clase no tiene nada que ver con las tradicionales. En el mismo aula conviven alumnos de 3 a 16 años, aunque la atención y las actividades son las adecuadas a la edad y al nivel escolar del alumnado, así como a sus condiciones de salud. «Es una pequeña isla, dentro de una situación para ellos hostil. A veces tienen ansiedad, sobre todo los primeros días. Los niños nuevos se miran y se preguntan si les irán a pinchar o a poner un tratamiento, pero en el momento que ven que aquí lo único que hacemos es jugar, trabajar con los ordenadores o poner música saben a donde vienen y saben que están seguros», asegura Marta Maeso, la profesora encargada del

Sonrisas de Navidad

El Hospital Clínico celebró el pasado lunes una emotiva y divertida fiesta de Navidad dedicada a los niños ingresados. Teatro, merienda con chocolate incluido y los regalos de los Reyes Magos... imagínense sus caras de alegría

El salón de actos de la tercera planta del Hospital Clínico, la de los niños, se convirtió el lunes en un escenario lleno de color para recibir a los pequeños hospitalizados, para los que se organizó una emotiva fiesta de Navidad. Este año, además, contó con la colaboración de El Corte Inglés, que sumó ilusión aportando los regalos que al final de la celebración entregaron los propios Reyes Magos.

Pero la tarde comenzó con la representación de una peculiar y divertida obra de teatro "La princesa que no quería comer perdices". Fueron los jóvenes del grupo de teatro de JOCE, "Gaspacho teatro" y alumnas de la USAL y la Fundación Germán Sánchez Ruipérez quienes la pusieron de largo. No hubo tregua para las risas, que poco

El grupo "Gaspacho

teatro" representó la

obra "La princesa que no quería comer perdices"

a poco se transformaron en carcajadas. Los personajes del cuento involucraron el hospital en un mundo mágico al que pudieron adentrarse los pequeños y olvidar por unas horas su situación. También las familias de los niños ingresados tuvieron un momento de respiro, de



En la imagen superior, los voluntarios de Cruz Roja haciendo figuras con los globos. A la izquierda, las profesoras del hospital. Abajo, un momento de la representación de la obra "La princesa que no quería comer perdices".



Tras la representación,

se sirvió una merienda

en la que no faltaron los

pasteles de chocolate

alegría al ver como disfrutaban sus pequeños.

Tras la obra de teatro, una merienda muy especial, con pastel de chocolate incluido.

Después, sesión de globoflexia. Voluntarios de Cruz Roja mostraron a los niños cómo convertir los globos en coloridos animalitos y otros objetos que después pudieron llevarse a las habitaciones.

Pero lo que más les gustó, sin duda alguna, fue la parte final, la de los regalos. Las caras de los niños se iluminaron al

El Corte Inglés ha

colaborado en la fiesta de

Navidad ayudando a los

Reyes a traer los regalos

desenvolver los paquetes que les dejaron sus Majestades de Oriente, que no dudaron en adelantar el viaje para dejar los presentes en el hospital.

Imprescindible en esta celebración el trabajo de las profesoras que dan clases a los niños hospitalizados y que se encargaron de presentar y dirigir el acto. También fundamental la labor de los voluntarios, tanto de Pyfano, como de Cruz Roja, que quisieron acompañar a las familias y a sus hijos en este momento tan especial para ellos. Doctores, enfermeras y auxiliares se sumaron a la fiesta que se prolongó durante algunas horas. Y, no faltó tampoco una representación de El Corte Inglés, que este año ha querido estar presente para llevar la magia de la Navidad al hospital.

12 CULTURA Y SANIDAD

Los doctores sonrisa pasan consulta en el Hospital General

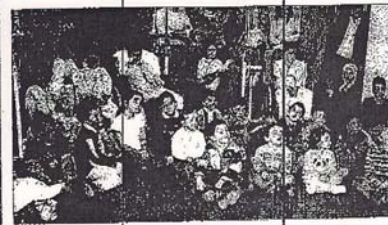
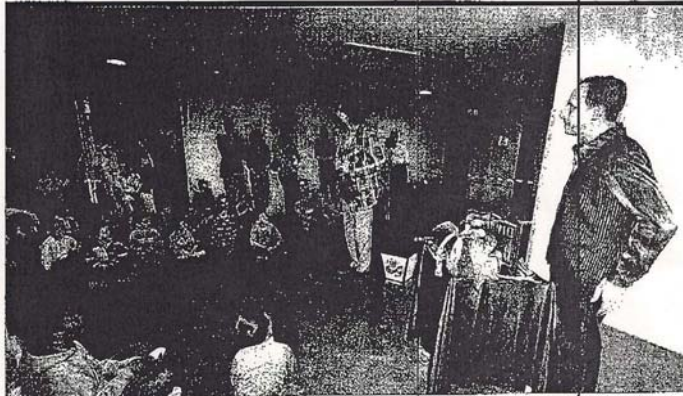
El Festival de Magia de Caja Segovia se trasladó ayer hasta la unidad de Pediatría • La Fundación Theodora quiere crear un equipo estable de voluntarios en el centro hospitalario

P. BRAVO / SEGOVIA

En pocos minutos don Quijote de la Mancha y el mismísimo Ulises se juntaron en la planta tercera del Hospital General para presentar la actuación de Berni y Benji, unos magos, muy majos y un poco vaigos, según sus propias palabras, que ofrecieron un espectáculo de magia en la Unidad de Pediatría. Sentados, con sus pijamas azules y unidos a las bombas de suero, que en más de una ocasión interrumpieron los juegos de manos, los cinco niños ingresados afrontaron el inicio del espectáculo organizado por Caja Segovia con una expectación serena. Mucho más inquietos y ruidosos se mostraban los niños que por padecer una enfermedad crónica acuden con frecuencia a este servicio y que está claro ya no les impacta tanto una sala de hospital.

La transformación de guantes en flores, la desaparición de pañuelos que con unos polvos mágicos se hacen invisibles y que su dueño olvida donde colgó, los números con chisteras... se fueron sucediendo en una saludable sesión protagonizada por los artistas de la Fundación Theodora, una organización que denomina "doctores sonrisa" a los profesionales que dedican su tiempo y atención a los niños hospitalizados, convencidos de que los efectos del humor refuerza y mejora el sistema inmunológico, y por tanto tiene beneficios para la salud, sin olvidar la importancia que tiene pasar un buen rato dentro de un centro sanitario donde a veces el tiempo parece detenerse.

Esta teoría es compartida y defendida por el profesor de la Universidad SEK, Luis Muñoz, que ayer acudió al hospital para colaborar en la formación de un equipo estable de voluntarios que quieren ser los "doctores sonrisa" del hospital segoviano para niños y adultos ingresados.



Los magos Berni y Benji, de la Fundación Theodora, ofrecieron un espectáculo de humor y magia en la tercera planta del Hospital General, donde se encuentra la Unidad de Pediatría. Los artistas contaron con un público muy participativo que estaba deseando pasar un buen rato. / FERNANDO PEGALOSA

que trabajan en verano en su es- La directora médico de Aten- de de humor e lusión gracias a la

El MEC desarrolla diversos programas dirigidos a sordomudos, ciegos y motóricos

Valladolid, pionera en el apoyo pedagógico a los niños hospitalizados

Fidela Mañoso. VALLADOLID

La Dirección Provincial del MEC está desarrollando unos interesantes programas dirigidos hacia niños sordomudos, ciegos, y motóricos, que se mueven con dificultad. Pero sin duda alguna, una de las experiencias más importantes es la que se está llevando a cabo en el Hospital Clínico y Pío del Río Hortega, donde dos profesores ofrecen apoyo pedagógico a los niños ingresados, con dos objetivos primordiales: no perder la marcha del curso, y hacerles olvidar el síndrome-hospital.

La experiencia de trabajar con niños hospitalizados, que lleva algún tipo de rodaje, está ofreciendo resultados positivos y satisfacciones a los profesores encargados de la misma. La Dirección Provincial del MEC se planteó la necesidad de que estos niños no desconectasen de la actividad escolar que se sigue en sus colegios, y evitar que se produjese en ellos el síndrome-hospital.

En el Hospital Clínico, donde están ingresados de trece a quince niños, y en el Hospital Pío del Río Hortega, donde hay unos ocho, existen aulas para impartir las clases. Tienen el mismo horario que en los colegios, aunque el orden de trabajo es mucho más flexible. Uno de los problemas que existe, pero de fácil solución, es que los ingresados en el Pío del Río están dispersos, al contrario que en el Clínico, donde hasta los 14 o 15 años están juntos en la planta de pediatría. El objetivo es, según uno de los profesores, Ángel de Félix Andrés, que el niño esté con el niño.

La mayoría de los niños acuden al aula, a excepción de los que padecen una enfermedad se-



El colegio «García Quintana» es un centro de integración para niños motóricos. (FOTO CANTALAPEDRA)

ría o infecciosa. En este caso se acude a su habitación y se les da un tratamiento individualizado. Se les agrupa de una forma adecuada, atendiendo a su edad, y en muchas ocasiones los profesores a su cargo mantienen relaciones con los tutores de su colegio.

Ángel de Félix Andrés explica que se se juega con el estado emocional del niño, porque necesita que se le cree un clima habitual. Los niños están entusiasmados y esperan a que llegue el profesor. Incluso a veces cuando salen y se les da el alta sienten nostalgia, y esto quiere decir que se han llevado una idea muy distinta de lo que es un hospital. Valladolid está considerada como la pionera de la región en ofrecer este tipo de ayudas a niños hospitalizados, y a ello ha contribuido la buena disposi-

ción de los dos hospitales para realizar esta labor.

Problemas motóricos

De los trece centros de integración que hay en Valladolid y provincia, el Colegio «Antonio García Quintana» es el único que acoge a motóricos, niños minusválidos, parapléjicos, etc., que tienen dificultad para moverse, pero con una capacidad mental considerada normal. Fue el propio claustro del colegio el que solicitó la admisión de estos niños, y para ello hubo que realizar algunas reformas en la infraestructura del mismo.

Así, se ha montado un ascensor, se han instalado rampas, existe un logopeda, y profesores de apoyo a la integración que trabajan con los profesores del colegio. También, el Ayunta-

miento ha puesto a su disposición el autobús especial para minusválidos, para recoger a los niños de la ciudad, siempre acompañados por un auxiliar que ha puesto el MEC, y que junto con otra persona les ayudan en el colegio por si se plantease alguna dificultad.

En este momento hay 15 niños integrados en el colegio con problemas motóricos, y se están realizando seminarios con el CEP para estudiar la adaptación de equipos de informática y preparar programas específicos para estos niños.

Sordomudos y ciegos

Por otro lado, en la ciudad existe un colegio específico, «Obra Social del Santuario», para sordomudos, que atiende 72 alumnos de la provincia y de la

región. También tres centros de F.P., «Galileo», «Ramón y Cajal», y el Instituto Politécnico, acogen a 12 alumnos a los que se les orienta en una rama, de acuerdo a sus posibilidades. Esta experiencia ha surgido también en Asturias y Madrid, y el MEC se está planteando la formación y apoyo técnico por áreas. Algunos de los profesores están realizando un despistaje para detectar a niños hipoacúsicos dentro de EGB. En la actualidad hay un total de 20 niños que sufren este tipo de anomalías.

En cuanto a los niños con problemas de visión, el MEC está ofreciendo una atención doble dedicada a los ciegos, y a los ambliopes. Un total de 20 niños sufren este tipo de deficiencias. El programa que está desarrollando el MEC, la ONCE, y el INSERSO, en este terreno, ha despertado gran interés en el resto de la región, donde se están realizando miniauerdos entre las tres instituciones para dar respuesta a los niños dentro del contexto en el que se mueven.

En Valladolid, el INSERSO está apoyando a los niños más pequeños, unos 24, y está ofreciendo atención a los padres en los colegios públicos donde asisten. En este sentido, los responsables del MEC consideran importante la actitud generosa de los padres, porque se han agrupado y han sabido sensibilizar a la Administración para que se monten este tipo de servicios, y a los profesores tutores, y el resto del personal, que están en aulas normales, por acoger a estos niños con problemas. La ONCE, por su parte, organiza actividades deportivas y diversos talleres con el fin de que los niños, poco a poco, puedan valerse por sí mismos.

Los profesores que atienden a estos niños se reúnen periódicamente con ellos y con sus padres con el fin de que aquellos perciban la sensación de solidaridad que hay entre las personas que trabajan y comparten con ellos las clases. En este sentido, el nivel de integración de los niños es óptimo, y el resto de los alumnos los tratan como a unos compañeros más.

Los escolares hospitalizados en el Clínico asisten a clase por videoconferencia

Se conectan a través de ordenador con los alumnos del colegio León Felipe

Los pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico en edad escolar pueden, desde hace 15 días, contactar con sus compañeros del colegio público León

Felipe a través de videoconferencia. El aula de este centro hospitalario, al igual que la del Río Hortega, dispone también de la tecnología necesaria para que los

alumnos que permanecen ingresados accedan a internet, beneficiándose de los servicios de información y comunicación que ofrece esta red.

C. de los Ríos. VALLADOLID

Valladolid es, junto con Zaragoza, la primera de las provincias del territorio del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) que ha puesto en marcha el sistema de videoconferencia en el aula hospitalaria del Clínico. Este proyecto permite a los escolares que permanecen ingresados en dicho hospital entrar en contacto directo con sus compañeros del colegio público León Felipe, elegido por desarrollarse en él «el proyecto Atenea, por lo que dispone de una buena dotación informática», manifestó ayer el jefe de la Unidad de Programas de la Dirección Provincial del MEC, Marino Arranz.

La iniciativa, que nace al amparo de la Subdirección General de Atención a la Diversidad y del Programa de Nuevas Tecnologías, «pretende romper el aislamiento en el que se encuentran los niños y jóvenes en edad escolar que permanecen hospitalizados. A estos alumnos se les da la posibilidad de entrar en contacto con un aula real y comunicarse con sus compañeros», añadió Marino Arranz.

Familiarización

Según informó Dionisio García Conde, asesor técnico de nuevas tecnologías de la Unidad de Programas, «estamos en una fase de familiarización con el sistema».

La profesora del aula hospitalaria se coordina con el responsable del colegio para programar las sesiones de videoconferencia, proyecto al que telefónica ha contribuido instalando gratuitamente los accesos a la Red Digital de Servicios Integrales. Con una cámara y un ordenador, los escolares del Clínico se conectan con los alumnos de su misma edad que estudian en el León Felipe. «Por el momento, se limitan a comunicarse y conversar entre



Acceso al colegio León Felipe, conectado por ordenador con el aula del Clínico. FOTO RAMON GOMEZ

ellos, aunque también trabajan con un programa que les permite tener acceso a una pizarra compartida», añadió Dionisio García Conde.

Tanto el Clínico como el Río Hortega disponen de aulas donde los pacientes más jóvenes tienen la posibilidad, con la ayuda de dos profesoras, de seguir sus estudios. Para compensarles, el MEC las ha dotado con los medios informáticos necesarios para que estos alumnos puedan acceder a Internet. «Las posibilidades son enormes, ya que pueden disponer de todo tipo de información, entrar en contacto con otras realidades, acceder a un museo y comunicarse con otros chicos a través del correo electrónico», afirmó Marino Arranz.

¿Y tú qué haces?

C. R. VALLADOLID

Rubén es un niño de cinco años que cursa sus estudios en el colegio León Felipe. Pese a ser tan pequeño, está ya muy familiarizado con el ordenador y la videocámara y mantiene largas conversaciones con un nuevo amigo de su misma edad que está ingresado en el Clínico. «El otro día le preguntaba qué hacía y qué le pasaba», señaló ayer Dionisio García Conde. Por su parte, Jacobo, que está hospitalizado, ha elaborado las pautas y direcciones «para que los que queráis navegar por Internet no os encontréis perdidos» y Ricardo, de segundo de la ESO, cuenta en la revista del hospital las excelencias del nuevo sistema, «que nos permitirá contactar con las aulas de los centros escolares».

El pasado curso, la profesora de compensatoria del Clínico atendió las necesidades educativas de 546 alumnos de Infantil, Primaria y Secundaria, 49 de los cuales permanecieron ingresados una larga temporada. La maestra del Río Hortega ayudó a que 393 niños y jóvenes no perdieran el contacto con los estudios durante el tiempo en el que tuvieron que estar hospitalizados.

Al «cole» con gotero

Las aulas hospitalarias, además de garantizar la continuidad en el aprendizaje de los niños ingresados, se convierten en un refugio ante un medio hostil

● Maestros y sanitarios trabajan en equipo para mejorar el estado de salud de los niños, que sienten el aula como un lugar seguro para reducir su ansiedad

BELÉN MERINO

VALLADOLID. Buscar momentos de felicidad. Nunca esta frase cobra tanto sentido como cuando sale de la boca de Olga, Crescen, Milagros... y tantas otras maestras que desarrollan su actividad en las aulas de los hospitales. Nueve en total en los centros de Castilla y León, pero muchas otras en el resto de España.

Pinturas de colores, dibujos de niños colgados en las paredes, ordenadores, mesas, lapiceros... aparentemente se trata de un aula de escolares, pero la presencia de las bolsas de suero acompañando las tareas de los niños, señala que no es una clase cualquiera, se trata de un aula dentro de un hospital.

Se crearon en 1965, fruto de un convenio entre el Ministerio de Educación y el de Sanidad, para responder a la progresiva demanda social de la humanización de los hospitales y se han convertido en «entornos seguros» dentro de la amenaza que supone el hospital para el niño. En la actualidad se han convertido en un servicio muy valorado por padres, maestros y personal sanitario, que a menudo pasan consulta en estos lugares.

Actividad docente

La actividad docente presenta características especiales tanto por el medio en el que se ejerce, un hospital, como por los alumnos, niños con problemas de salud, en algunos casos muy graves. En primer lugar existen dificultades de relación ya que se les separa bruscamente de su medio y por ello pueden presentar cuadros de ansiedad, mutismo y en general miedo a lo desconocido, «a un espacio que no es el suyo», explica Crescen, maestra del hospital General Yagüe de Burgos.

Ante esta situación nunca antes experimentada, el aula se convierte en un «refugio». De hecho hay algunos estudios que demuestran que la intervención psicosocial contribuye a mejorar el estado de salud y por tanto a reducir su estancia en el hospital. «El aula representa un lugar seguro, libre de enfermedad, y normalizador», que permite al niño recuperar su identidad, apunta Crescen.

La enseñanza en el centro sanitario, como no puede ser de otra manera, es flexible, dinámica y atractiva. «El niño actúa con entusiasmo y le encanta trabajar y estar con sus compañeros», señala la maestra del hospital Clínico de Valladolid, Milagros, «aquí se olvidan de todo», añade.

Además de un fin normalizador y relacional, las aulas se proponen mante-



Varios niños reciben una clase con la maestra en el hospital Clínico de Valladolid

F. BLANCO

Videoconferencia para romper el aislamiento

Las aulas de los hospitales gozan de especial atención por parte de las administraciones. Biblioteca, ordenadores, acceso a internet... todo con carácter educativo, sin perder de vista la perspectiva lúdica y las circunstancias ambientales. No se puede olvidar, que se trata de niños, y niños enfermos. Las últimas tecnologías se incorporaron pronto a los «viejos» hospitales públicos. Así, la videoconferencia llegó a algunos centros hace más de siete años, cuando todavía la palabra internet era casi una desconocida entre la gente de la calle. Esta herramienta se usa aquí para facilitar la relación con el mundo exterior que ha sido bruscamente interrumpida, participar en una clase con los compañeros de siempre o compartir experiencias con niños en semejantes circunstancias.

ner hábitos de trabajo en los escolares, proporcionar apoyo individual y en grupo teniendo en cuenta la diversidad y permitiendo el proceso de socialización. Todo ello tiende a reducir la ansiedad.

Las tareas escolares se realizan en coordinación con los centros educativos, si el estado de salud lo permite y siempre está muy presente el componente lúdico. Se programan actividades de carácter lúdico-educativo que propicien el diálogo. El cuento y la narración y el dibujo y la pintura, sobre todo, les encanta. También hay lugar para el cine, la lectura y la informática y todo con carácter educativo. No es de extrañar que cuando uno entra en la zona de pediatría de cualquier hospital y especialmente en las aulas se perciba un ambiente especial, ya que las paredes suelen estar cubiertas con los trabajos de los niños y niñas.

Fiestas y celebraciones

Además se celebran las fiestas tradicionales y civiles. Fechas como el Día de la Paz, los carnavales y las Navidades son momentos que se viven de forma especial. «Se trata de vivir en consonancia con lo que sucede fuera, para aliviar el aislamiento», apunta Crescen.

Vencer el aislamiento es sin duda uno de los grandes objetivos de las aulas hospitalarias y para ello hay esta-



3.161 alumnos

Durante el curso 2000-2001 pasaron por las aulas hospitalarias de Castilla y León 3.161 niños, según fuentes de la Consejería de Educación, de la que depende la gestión de las aulas.

Los profesionales al frente de las aulas son maestros que pertenecen al programa de educación compensatoria, ya que se trata de «compensar» el riesgo de estar hospitalizados.

El profesorado de las aulas está en contacto con los centros de referencia de los niños y también con aulas de otros hospitales, de la Comunidad y del resto de España, por videoconferencia. Se trata de intentar «evencar» el aislamiento y la ruptura del niño con el entorno habitual.

En la Comunidad hay nueve aulas, siete dependientes de Educación en Ávila, Burgos, León, Salamanca, Segovia y Valladolid (dos) y otras dos dependientes de Sanidad, en Zamora y una segunda en Salamanca.

blecidos canales de comunicación adecuados. El contacto con la familia, principalmente, la escuela, los maestros de otras aulas e incluso con asociaciones de niños enfermos son constantes, además del personal sanitario que cada vez más trabaja en coordinación con los docentes, atento a las observaciones de las maestras. En algunos casos los médicos pasan consulta en el aula y también aquí se toma la medicación o se pone algún pinchazo que otro. Los otros grandes protagonistas los padres valoran muy positivamente la actividad de las aulas. «Están muy satisfechos de que sus hijos puedan continuar su educación, pero es que además surgen grandes amistades entre las familias», comenta Milagros.

La función de los maestros es ocuparse de todos los niños, también de los que no pueden acudir al aula porque están en la cama o incluso aisla-



F. VILLAFRANCA

Una niña dibuja en el hospital General Yagüe, en la imagen de la izquierda. A la derecha, un profesor de las aulas hospitalarias.



Imagen del pasillo de pediatría en el hospital General Yagüe de Burgos

dos. Cada mañana se visita y atiende a este grupo proporcionándole material de trabajo, lectura y entretenimiento.

Se procura que la actividad sea lúdica, cultural, activa, creativa y científica, basada en la observación, experimentación y expresión. «Cambiamos de actividad muy a menudo para que los alumnos no se cansen y estamos atentas al posible cansancio del niño», apunta Olga, maestra del aula del hospital del Río Hortega de Valladolid.

Trabajo satisfactorio

[LADILLO] El profesorado al frente de las aulas hospitalarias tiene que tener capacidad para la improvisación y aunque a veces manifiesta haber vivido situaciones tristes expresa su satisfacción por su trabajo cuyo objetivo principal es procurar un poquito de felicidad. «A pesar del dolor de determi-

nadas situaciones, te sientes muy satisfecho porque hay niños que no quieren irse y que vuelven a visitarse y que disfrutan de momentos de alegría dentro del dolor de su enfermedad y esto es muy gratificante», comentan. «Es fundamental por ello estar alegre y de buen humor, ya que tienes el don de influir en el estado de ánimo de la familia», añade Olga.

El medio hospitalario es ideal para hacer educación sanitaria. «Aprovechamos para hablar del cuerpo humano y explicar enfermedades. Y suele resultar muy atractivo», apunta Milagros.

Las aulas hospitalarias surgieron en el año 1985, con la Ley General de Sanidad, y un convenio entre el Ministerio de Educación y Sanidad que respondía al progresivo cambio de mentalidad que tendía a la humanización de

los hospitales. El objetivo de la actividad escolar durante el ingreso en los hospitales es

Apoyo emocional

De esto hace ya casi 20 años que se plantea el apoyo emocional de los niños hospitalizados. «Los niños no su mucho tiempo en el hospital, pero se trata tanto de la actividad puramente más de apoyo emocional como de apoyo emocional», responsable del proyecto Educalión La Caixa. «Educación adaptada a las necesidades educativas de los niños hospitalizados»

El humor llega al hospital

ABC

VALLADOLID. Que la risa y el humor mejoran el estado de salud de las personas era algo intuitivo hasta hace unos años pero ahora ya hay estudios científicos que avalan esta afirmación.

De hecho, en algunos hospitales españoles ya hay profesionales que trabajan integrados plenamente con el equipo médico y contratados por el propio hospital. Como «Payasospital», una asociación no lucrativa, sin vinculación política ni religiosa alguna, que desarrolla de forma continua programas de intervención dentro de los servicios pediátricos de los hospitales valencianos.

Las intervenciones se realizan por profesionales del espectáculo, forma-

do de un hospital. Un trabajo, un nuevo oficio, basado en el respeto y la escucha, realizado siempre con humor y coherencia. Los programas se desarrollan a lo largo del año, en horarios que cubren parte de la mañana y de la tarde. Los payasos recorren diferentes lugares del servicio de pediatría de cada hospital: pasillos, ascensores, salas de espera, hospital de día, lactantes, reanimación, escolares,...

Un grupo de payasos profesionales, formados específicamente en el medio hospitalario, trabaja en estrecha colaboración con el equipo asistencial del centro, realizando actuaciones adaptadas a cada niño y cada situación. Esta organización quiere contribuir así a la mejora de la calidad de vida de los ni-

terviene en la atención y a las distintas partes de su entorno, el medio hospitalario

mentos de relax y descanso. En el cine, hace unos años, un actor como el actor Adam Sandler, en la película «The Waterboy», hizo famosa esta profesión. En los últimos años se han dedicado a esta profesión miles de niños.

Las intervenciones precedidas por una intervención con el equipo asistencial se informan de las necesidades para su bienestar, entorno, etc. Información que se utiliza para realizar intervenciones.

El proyecto de esta actividad que ya actúan

El aula hospitalaria, un lugar de alivio y pedagogía lúdica

Las aulas hospitalarias ayudan a normalizar la situación de los niños hospitalizados o que acuden al hospital de día. En ellas se debe hacer consciente al niño de su enfermedad para que participe en su proceso de curación, además de procurarle alivio emocional, mental y físico.

Isabel Gallardo Ponce - Miércoles, 25 de Marzo de 2009

El ingreso en un hospital no sólo supone un impacto para el paciente sino también para toda su familia. La labor de las aulas hospitalarias va más allá de la actividad pedagógica; debe ayudar al niño a normalizar su situación para que sea consciente de su enfermedad, y de los tratamientos, y participe en las decisiones médicas. Así lo explica Luz María Arza López, directora del Aula Hospitalaria Hospital Clínico San Carlos, durante la visita de varios delegados del sistema educativo de la Unión Europea a las aulas hospitalarias en Madrid, en las que se ha celebrado la jornada La atención educativa al niño enfermo en Madrid Capital.

Celia Gil, oncóloga pediátrica del Clínico, explica que los niños a los que tratan están deseando ir al aula, y ésta les ayuda a tener una sensación de normalidad, tanto a los que están ingresados como a los que acuden al hospital de día. "Ríen y se olvidan de lo que ocurre durante un tiempo. Además, mejora la calidad de vida, ya que eleva el estado de ánimo mejora la inmunidad del paciente, su tolerancia a las medicaciones y su estado de nutrición. Mejora muchos aspectos, no sólo psicológicos sino también físicos".

Los niños que no pueden acudir al aula por tener las defensas bajas, por fracturas, por una infección... también reciben en sus cuartos el apoyo del aula. Este sistema ayuda a los niños y a los padres a compartir, a sentirse apoyados y les alivia. "Utilizamos la pedagogía lúdica, aprenden jugando", afirma Arza.

La reacción ante un diagnóstico grave, y sobre todo de cáncer, depende de la forma de ser del paciente y su familia, además de la edad, que indicará el tipo de información que requieren y las necesidades. Para Arza, es esencial contar con un equipo multidisciplinar que se encargue del paciente. Por otro lado, en el aula se centran en el aspecto mental, fomentando los pensamientos positivos, en el emocional, aliviando angustias, en el físico, con la ayuda de terapias complementarias, y en el espiritual, elevando la autoestima, la esperanza y la fe.

Según Gil, informar es una de las partes básicas en la atención al paciente oncológico y su familia: se les debe avisar de lo que puede ocurrir en las relaciones interpersonales de los padres, de las reacciones en los hermanos de los enfermos, y del posible pronóstico.

Durante la jornada se contó con la representación del Psico Ballet Maite León, formado por bailarines con discapacidad. Según Pilar Gómez Cano, psicóloga de la Fundación Psico Ballet, la actividad que realizan trabaja la memoria espacial, la visual, y aumenta la autoestima. Además, es muy útil para la coordinación, la disciplina y el tono muscular.

El Aula de Escolares se llenó de risa



¿Quién no está dispuesto a sonreír, a compartir una risa sana? Ante esta pregunta todos los chic@s del Aula levantan la mano y lanzan al unísono un fuerte ¡yo! Comenzamos así a preparar un taller nuevo y atractivo: Taller de Risoterapia.

Y es que la Risoterapia es una actividad que intenta lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de llegar a la espontaneidad, a la creatividad sencillamente utilizando la risa como camino. Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y llegar así a la carcajada, entre ellas la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana.

Origen y evolución

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, aminora dolores...etc. Nos aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar nuestros sentimientos. Mientras reímos, liberamos gran cantidad de endorfi-

desde hace siglos la importancia de la risa y el sentido del humor y lo promueven de manera práctica. Hace más de 4.000 años, en el antiguo Imperio Chino, las personas se reunían en templos para reír con la finalidad de equilibrar la salud. En la India también se encuentran templos sagrados donde se puede practicar la risa.

En culturas ancestrales de tipo tribal, existía la figura del 'doctor payaso' o 'payaso sagrado', un hechicero vestido y maquillado que ejecutaba el poder terapéutico de la risa para curar a los guerreros enfermos.

También Sigmund Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, algo que ha sido científicamente demostrado al descubrir que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. En los últimos 30 años se ha avanzado mucho en la aplicación de la risa como terapia.

En los años 70, un doctor californiano aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados. A partir de entonces, se comenzó a utilizar la

ción sobre la Risoterapia, estábamos dispuestos a participar en el Taller.

En el Aula, con Teresa, como "maestra de ceremonias", nos acomodamos sobre unas alfombrillas en el suelo, formando una elipse, y así comenzamos a ir encontrado "nuestro saco de risas" para ir las vertiendo hacia los demás, con diferentes juegos y formas.

Se creó un espacio para estar con uno mismo, nos ayudó a descubrir nuestro potencial de risa, a abrirnos a los demás, vencer los miedos, llenarnos de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo, de agradecimiento y aprender a ser uno mismo, nos ayudó a

descubrir nuestro potencial de risa, a abrirnos a los demás, vencer los miedos, llenarnos de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo, de agradecimiento y aprender a vivir una vida positiva.

Después de una sesión de Risoterapia y su relajación, es inevitable sentirse lleno, alegre, vital, con buenos sentimientos. Es sorprendente cómo un método tan sencillo como es la risa puede aportarnos tanto. La risa es magia.

¡Gracias a cuántas personas hicieron posible este taller y a todos los participantes en el mismo!



El niño Alberto Pérez, del Aula de Escolares del Clínico, gana el I Certamen Literario 'Cuentos del Hospital'

Otros dos alumnos del Hospital Clínico Universitario reciben una mención especial



El relato 'La vida de un enfermo galáctico', escrito por Alberto Pérez, de 13 años, del Aula Escolar del Hospital Clínico Universitario, ha resultado ganadora del I Certamen Literario "Cuentos de Hospital" para niños ingresados en centros sanitarios de Castilla y León.

El premio ha sido promovido por la Asociación de Escritores Noveles (AEN) de Valladolid, y cuenta con el respaldo de las Consejerías de Sanidad y Educación de la Junta de Castilla y León, con el objetivo de fomentar

enfermo galáctico, al que le ataca el virus de los trombofiantos y al que asisten enfermeros robot. El premio ha consistido en un ordenador. Asimismo, la primera finalista del certamen también ha sido de Valladolid, pero del Aula Escolar del Hospital Río Hortega. Claudia Segundo, de 13 años tituló su cuento 'Escrito en un diario', con la guerra como fondo y un final de los que hacen llorar.

El tercer premiado ha sido Marcos Zapico, del Complejo Asistencial de León, con 'La ilusión'.



Educar

Utilizamos las TIC desde hace 20 años

DESDE 1988-89

Para este curso, el objetivo del CEIP "León Felipe" (Valladolid) es el aprendizaje y uso de las pizarras digitales

En el CEIP "León Felipe" de Valladolid somos pioneros en el desarrollo de las TIC pues nuestro primer contacto con dicho medio se remonta al curso 1988-89. Ese año presentamos un proyecto de trabajo con el fin de ser incorporados al proyecto *Atenea*, que nos aportó 10 ordenadores. Fueron los alumnos de EGB del ciclo Superior los privilegiados en utilizar esta herramienta tan novedosa. Posteriormente lo pasaron a emplear los de Educación Infantil y, poco a poco, el número de profesores interesados en el uso de las nuevas tecnologías fue creciendo.

Avances tecnológicos

Desde el curso 1997-98 participamos, junto con otros cuatro colegios de nuestro país en el programa *Aulas Hospitalarias*. Fue entonces cuando comenzamos a contar con equipos de videoconferencia para estar conectados con las dos residencias de Valladolid.



Los alumnos del CEIP "León Felipe" emplean las TIC para comunicarse con otros centros de Valladolid.

Espacio patrocinado por



Sistema de Gestión Docente SGT

Actualmente, todos los miembros del centro estamos implicados en el uso de las TIC, ya que creemos que son herramientas que favorecen el aprendizaje. Además, nos sentimos satisfechos de nuestro trabajo, pues los alumnos las emplean de forma normalizada para:

- Resolver ejercicios.
- Buscar información.
- Trabajar en común en temas de webquest, contactando con alumnos de otros lugares o centros.
- Participar en explicaciones de temas curriculares.
- Utilizar las TIC como medio creativo.

Esperamos mantener la continuidad del proyecto con la incorporación de nuevos profesores al comienzo de cada curso escolar. Hasta la fecha los que se han ido llegando se han ido sumando al interés por el uso de las TIC, han aprendido y han aportado conocimientos al resto de compañeros.

Con la ayuda del Centro de Profesores II de Valladolid, los maestros hemos conseguido sacar el máximo provecho a las TIC y lo queremos seguir haciendo durante mucho tiempo. Para este curso escolar nos hemos propuesto como objetivo el aprendizaje y uso de pizarras digitales.

Los profesores hemos participado en cursos de formación en el centro, como *Apoyo al desarrollo de la Red de Centros Piloto*; hemos colaborado en proyectos de mejora en el uso de las TIC y trabajado en el programa Cen-

José Manuel Salgado

en directo

LITERAPIA

EL MEJOR REMEDIO...



LA LITERATURA CON FINES TERAPÉUTICOS. ÉSE ES EL OBJETIVO DE ESTA INICIATIVA, QUE BUSCA MEJORAR LAS CONDICIONES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

POR ANDREA ARABIA / FOTOS → XURXO LOBATO

En la imaginación de Andrés hoy es un día glorioso, en el que cientos de soldados vestidos con pesadas y brillantes armaduras arrasan al ejército enemigo. Sin embargo, su pequeño y frágil cuerpo recibe otra invasión, pero ésta es mucho más real y cruel. Una sesión de quimioterapia intenta ganarle la batalla a las células cancerígenas. Así, mientras Andrés, con la ayuda de la medicina, lucha por so-

brevivir, su mente está al lado de los victoriosos, lejos de la fría habitación del hospital y cada página que pasa de su libro lo hace un poco más fuerte para poder ganarle la guerra a la enfermedad.

Ésa es la función de "literapia", un proyecto en el que participan médicos, filólogos, psicólogos, profesores y escritores, que proponen el uso de la lectura y la escritura como un instrumento terapéutico. Impulsada por

la fundación del Hospital Policlínico La Rosaeda de Santiago de Compostela, se aplica en niños y adultos hospitalizados o con tratamientos de larga duración y cuenta con el apoyo de la mismísima J. K. Rowling, autora de la saga de Harry Potter. La iniciativa, que ya tiene en su haber más de 3.000 obras, es respaldada por editoriales como Salamandra, Galaxia o la británica Colman Getty (editora de J. K. Rowling), y de

las fundaciones José Antonio de Castro y Germán Sánchez Ruipérez.

REALIDAD MÁGICA

La teoría de esta terapia es que, mientras el paciente lee, se olvida de que está en el hospital y su sistema inmunológico sale fortalecido. "Los libros te transportan a una realidad mágica y te ayudan a sobrellevar mejor el dolor", asegura Manuel Freire-Garabal, profesor de Farmacología

FICHA DE OBSERVACIÓN EN EL AULA.

	ASPECTOS A OBSERVAR	REGISTRO / DESCRIPCIÓN
Alumnado nuevo ingreso	Aptitud ante la nueva situación	
	Estrategias de acogida	
	Reacción de los compañeros	
Dinámica o funcionamiento del Aula hospitalaria	Rutinas	
	Exposición de las tareas a realizar o plan de trabajo	
	Distribución del tiempo (flexible, rígido...)	
	Tipo de actividades (curriculares, lúdicas, afectivas, nuevas tecnologías, etc)	
	Tipo de agrupamientos (trabajo individual, pequeño grupo, gran grupo. Tiempos de cada uno)	
	Evaluación (del alumnado, de la sesión...)	
	Recursos utilizados (materiales, personales...)	
Otros aspectos de interés detectados.		
Anécdotas		

EL COLEGIO EN EL HOSPITAL

- Hola, somos los papás de J. L., que ingresó el 13 de Julio, en pleno verano.

Cuando llegamos todo fue muy difícil porque estábamos metidos en una habitación, y no sabíamos lo que nos iba a pasar, era un cúmulo de informaciones muy difíciles de asimilar y creer. Julio tuvo que ir a quirófano enseguida y después estuvimos mucho tiempo en la habitación, aislados, no sabíamos ni que había colegio.

Llegó septiembre y se presentó una profesora, se llamaba M., nos alegró mucho verla en aquella situación, porque era un alivio y una ilusión. M. venía a la habitación todos los días a ver a J. L., le ponía algunos deberes, aunque entonces él no tenía ganas de nada, pero siempre nos alegraba verla. Muchos días estuvo malito y no podía hacer sus tareas, pero se recuperaba y tenía ilusión por aprender y hacer cosas con ella.

Después de la segunda operación fue el cumpleaños de J. L., su profe M. y sus alumnos se presentaron en la habitación con una felicitación muy grande que habían pintado entre todos, hoy la tiene en su habitación, fue muy bonito y nos emocionó mucho.

Más tarde llegó la Navidad, J. L. hizo de presentador en una obra de teatro, con mucha ilusión y muy contento, lo hicieron muy bien.

Cuando estaba alto de defensas, iba el colegio de 10 a 1, al principio refulguraba, pero luego se aplicaba como el que más, volvía y comía cuando para ir otra vez, de 1:30 a 3.

Gracias a estas horas, él ha aprendido y no ha perdido prácticamente nada, nosotros podíamos salir a tomar el aire, o a hacer algunas cosas, nos desahogaba bastante, nos ayudaba a vivir unas horas, y estar tranquilos porque allí estaba muy bien.

El colegio en el hospital, cuando hay enfermedades largas, ayuda mucho, los niños estudian y aprenden, ~~se~~ además hacen muchas actividades para que los chicos estén bien, y aprendan contentos, consideramos importante continuar con esta labor, gracias a M., además de todo esto, por ser muy cariñosa con nosotros en nuestra situación. Un Beso. T

La Escuela de Escolares

Hola yo fui una paciente que estuve ingresada en la 8ª planta un largo tiempo, claro está que no podía ir a mi colegio, pero el segundo día llegó una señorita muy amable a la habitación era M, M para los niños, la profesora de la planta. Gracias a ella saqué el segundo y tercer trimestre y pude pasar de curso sin ningún problema.

Las clases no eran como las típicas de los colegios normales explicar y deberes, no; sino que a media mañana, cuando tocaba, nos poníamos a jugar a juegos y hacíamos actividades divertidas, después de haber hecho las tareas correspondientes; también hablábamos por el Messenger con otras escuelas hospitalarias. Cuando ya llegaban las comidas hacíamos un descanso desde las 13:00h hasta las 15h. que volvíamos hasta las 17:00h. En estas horas jugábamos y comentábamos lo que íbamos a hacer por la tarde, si íbamos a tener visitas de gente conocida, lecturas, deberes, etc. Esta jornada acabó en el curso 2002, yo creo, y se convirtió en jornada continua de (horario), como en casi todos los colegios.

La escuela ha ido cambiando y mejorando con los años y ha seguido sacando a muchos niños y niñas como yo adelante con el curso académico.

En conclusión: no sé qué hubiese sido de pacientes como yo sin la escuela; respecto a M. decir que es una gran persona, que se la quiere por ser como es, porque trata a cada niño como si les conociese de toda la vida. Mi trato con ella es muy especial ya que por las circunstancias dadas nos hemos conocido muy bien. Esto es algo sobre la escuela de escolares.

Un saludo:

Una paciente que estuvo mucho tiempo ingresada