

**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**

**Facultat de Filosofia i Ciències de l' Educació**

**Departament de Teoria de l'Educació**



**PEDAGOGÍA HOSPITALARIA  
HACIA EL DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE COMPETENCIAS  
ESPECÍFICAS PARA LA FORMACIÓN DOCENTE**

**- TESIS DOCTORAL -**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN  
Acciones Pedagógicas y Desarrollo Socioeducativo**

PRESENTADA POR:

**Marta Ruiz Revert**

DIRIGIDA POR:

**Dra. Dña. Laura García Raga**

**Dr. D. Ramón López Martín**

**Valencia, 2016**



**“Si he logrado ver más lejos,  
ha sido porque he subido a  
hombros de gigantes”**

*Bernard de Chartres*



## ***Agradecimientos***

Desde que inicié mi carrera profesional en la Universidad, son muchas las personas que han pasado a formar parte de mi historia vital. Y es un orgullo comprobar que, finalizado el proceso de elaboración de la tesis doctoral, el listado de agradecimientos se ha multiplicado en comparación con lo que hubiera sido 3 años atrás. Ello no puede significar más, que he estado rodeada de personas que me han hecho crecer y mejorar tanto profesional como personalmente.

Mis primeras palabras de agradecimiento van dirigidas a mis directores, el Dr. Ramón López Martín y la Dra. Laura García Raga. Gracias por la confianza depositada en mí desde el primer minuto y por la libertad con la que he podido plantear mis inquietudes. Gracias por hacerme sentir en todo momento que iba en la buena dirección y que la tesis “ya casi estaba” aunque era evidente que aún quedaba camino por recorrer. Habéis sido un ejemplo de generosidad, cercanía y humildad que espero ser capaz de reproducir en mi futuro profesional. Os estaré siempre agradecida.

Quiero dar las gracias, en segundo lugar, a mi familia. Gracias por vuestro apoyo incondicional, por no haber puesto nunca un “pero” a mis intenciones de seguir estudiando, aunque ello supusiera “apretarnos un poco el cinturón”. Gracias por valorar siempre el esfuerzo realizado y por inculcarme desde pequeña, que lo importante no era la meta sino el recorrido hasta llegar a ella. Gracias Jose, por convertirte en mi compañero de vida aun a sabiendas de que iba a realizar una tesis (lo tuyo tiene mérito). Gracias por mostrarme cada día que el amor a una profesión hace que el camino se allane aun cuando las montañas se ven tan altas. Gracias por estar a mi lado y tenderme la mano cada vez que las fuerzas flaqueaban. Este trabajo lleva mucho de ti.

No puedo dejar de agradecer su inestimable ayuda a la Dra. Belén Ochoa Linacero, quien posibilitó mi primer contacto con la práctica de la Pedagogía Hospitalaria durante mi estancia de investigación en la Universidad de Navarra. Gracias por enseñarme que lo que hace grande a una persona en lo profesional no puede ir desligado de lo personal. Gracias por tus conocimientos, apoyo y vocación de ayuda.

Gracias igualmente a la Universidad CEU Cardenal Herrera, muy especialmente a la Dra. Encarnación Llamas Pérez, quien confió en mis capacidades desde el primer instante y a quien le debo el desarrollo de mi carrera profesional en el ámbito universitario. Gracias de corazón. Gracias a mi compañera y amiga la Dra. Mónica Belda, quien ha sido, es y será un ejemplo de valentía, lucha, humildad y sabiduría a parte iguales.

No quisiera finalizar estos agradecimientos sin nombrar a todos y cada uno de los maestros hospitalarios de la Comunidad Valenciana que han hecho posible que esta tesis gane en calidad y realismo. Gracias a Anahí, Jose, Dulce, Laura, Carmen y Laura; Berta y María; Helena y María; Fernando; Lourdes; M<sup>a</sup> José; Marisa; Lali; Alicia y Marisa; Carmen; Cristina; Joana; Rosa M<sup>a</sup>, Lledó y Ana; Adela y muy especialmente al Dr. Eliseo Andreu. Siempre agradeceré vuestra colaboración.

Gracias a mis amigos y amigas, compañeros y compañeras de trabajo y profesión, a todos y cada uno de ellos: MUCHÍSIMAS GRACIAS.

*Marta Ruiz Revert*

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>21</b>
--------------------------	-----------

## **BLOQUE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

<b>CAPÍTULO 1. LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: ASPECTOS GENERALES.....</b>	<b>41</b>
---	-----------

1.1 Situación actual de la morbilidad hospitalaria en España.....	41
1.2 Aproximación conceptual a la hospitalización infantil.....	47
1.3 Derechos de los niños hospitalizados .....	54
1.4 Legislación en materia de atención educativa durante la hospitalización.....	65
1.4.1 <i>Legislación nacional</i> .....	65
1.4.2 <i>Legislación autonómica</i> .....	69

<b>CAPÍTULO 2. CONSECUENCIAS, ALTERACIONES Y NECESIDADES DERIVADAS DE LA ENFERMEDAD Y/U HOSPITALIZACIÓN INFANTIL .....</b>	<b>75</b>
--	-----------

2.1. Consecuencias derivadas de la enfermedad y/u hospitalización infantil .....	75
2.1.1 <i>Consecuencias derivadas de la hospitalización infantil</i> .....	75
2.1.2 <i>Consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica</i> .	82
2.2 Alteraciones derivadas de la hospitalización infantil .....	86
2.2.1 <i>Variables que influyen en las reacciones que la hospitalización tiene sobre el menor</i> .....	100
2.2.2 <i>Evolución de las alteraciones psicoemocionales en los niños hospitalizados según la etapa del desarrollo</i> .....	103
2.3 Necesidades derivadas de la hospitalización infantil.....	107
2.4 Repercusiones familiares derivadas de la enfermedad pediátrica. ....	112

<b>CAPÍTULO 3. HACIA UNA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA .....</b>	<b>123</b>
---	------------

3.1 Definición y principios.....	123
3.2 La Pedagogía Hospitalaria como herramienta optimizadora de la calidad de vida y la adaptación del niño hospitalizado .....	131
3.3 Origen y evolución de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias en España .	137
3.4 Aulas hospitalarias y atención educativa domiciliaria: Las escuelas sin Escuela .....	142
3.4.1 <i>Actuaciones educativas en el contexto hospitalario</i> .....	144
3.4.2 <i>Técnicas y programas de preparación para la hospitalización infantil</i> .	150
3.4.3 <i>Actuaciones educativas en el contexto domiciliario</i> .....	152

<b>CAPÍTULO 4. COMPETENCIAS DOCENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO.....</b>	<b>155</b>
4.1 Aproximación conceptual.....	155
4.2 El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe.....	160
4.3 El perfil profesional del maestro hospitalario.....	169
4.3.1 <i>La formación del maestro hospitalario</i> .....	170
4.3.2 <i>Funciones del maestro hospitalario</i> .....	174
4.3.3 <i>Características del maestro hospitalario</i> .....	182
4.4 Las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria.....	185

## **BLOQUE II: MARCO EMPÍRICO**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>191</b>
---------------------------	------------

### **CAPÍTULO 5. ESTUDIO CUALITATIVO DE COMPETENCIAS DOCENTES ESPECÍFICAS EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....**

<b>195</b>	
5.1 Descripción del objeto de estudio.....	195
5.2 Descripción de la metodología.....	197
5.3 Proceso de investigación.....	198
5.3.1 <i>Elaboración del instrumento</i> .....	198
5.3.2 <i>Selección de la muestra</i> .....	198
5.3.3 <i>Procedimiento de recogida de datos</i> .....	199
5.4 Resultados de la investigación.....	240

### **CAPÍTULO 6. ESTUDIO CUANTITATIVO BASADO EN LA VALORACIÓN DE EXPERTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA .....**

<b>255</b>	
6.1 Descripción del objeto de estudio.....	255
6.2 Descripción de la metodología.....	257
6.3 Proceso de investigación.....	258
6.3.1 <i>Elaboración del Instrumento</i> .....	258
6.3.2 <i>Selección de la muestra</i> .....	263
6.3.3 <i>Procedimiento de recogida de datos</i> .....	264
6.4 Resultados de la investigación.....	268
6.4.1 <i>Materiales y métodos</i> .....	268
6.4.2 <i>Análisis de datos</i> .....	269
6.4.3 <i>Resultados de la investigación</i> .....	307

**BLOQUE III: CONCLUSIONES**

**CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ..... 317**

**BIBLIOGRAFÍA**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 335**

**BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA ..... 349**

**ANEXOS**

**ANEXO I ..... 355**  
**ANEXO II ..... 368**  
**ANEXO III ..... 377**  
**ANEXO IV ..... 383**  
**ANEXO V ..... 403**



<b>Tabla 1</b>	
<i>Ingresos hospitalarios producidos por grupo de edad en el año 2014 en los hospitales del ámbito nacional.....</i>	42
<b>Tabla 2</b>	
<i>Estancia media de los ingresos hospitalarios en España según la edad del paciente en niños y jóvenes de entre 0 y 24 años en el año 2.014.....</i>	43
<b>Tabla 3</b>	
<i>Ingresos hospitalarios por grupo de población de 0 a 24 años por Comunidad Autónoma 2.014. Valores totales.....</i>	44
<b>Tabla 4</b>	
<i>Ingresos hospitalarios producidos en el grupo de población de 0 a 24 años por provincia de la Comunidad Valenciana en el año 2.014. Valores totales</i>	45
<b>Tabla 5</b>	
<i>Estancia media de los ingresos hospitalarios en la Comunidad Valenciana por intervalos de estancia en el año 2.014.....</i>	45
<b>Tabla 6</b>	
<i>Documentos que han regulado los derechos de los niños.....</i>	55
<b>Tabla 7</b>	
<i>Consecuencias derivadas de la hospitalización infantil y/o enfermedad pediátrica.....</i>	84
<b>Tabla 8</b>	
<i>Miedos más frecuentes en la población infantil hospitalizada.....</i>	92
<b>Tabla 9</b>	
<i>Alteraciones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.....</i>	97
<b>Tabla 10</b>	
<i>Alteraciones cognitivas derivadas de la hospitalización infantil.....</i>	98
<b>Tabla 11</b>	
<i>Alteraciones comportamentales derivadas de la hospitalización infantil.....</i>	99
<b>Tabla 12</b>	
<i>Aulas hospitalarias ubicadas en hospitales públicos por comunidad autónoma y provincia en España.....</i>	139
<b>Tabla 13</b>	
<i>Diferencias entre las aulas hospitalarias y las aulas ordinarias.....</i>	148
<b>Tabla 14</b>	
<i>Competencias genéricas según el Proyecto Tuning.....</i>	166
<b>Tabla 15</b>	
<i>Resumen de las funciones del maestro hospitalario.....</i>	180

<b>Tabla 16</b>	
<i>Fases del proceso de investigación del estudio cualitativo.....</i>	198
<b>Tabla 17</b>	
<i>Sucesión de operaciones llevadas a cabo en el procedimiento de la recogida de datos.....</i>	199
<b>Tabla 18</b>	
<i>Verbos correspondientes a las distintas categorías del plano cognitivo de la clasificación de Bloom (1956).....</i>	208
<b>Tabla 19</b>	
<i>Verbos correspondientes a las actualizaciones de Andreson (2000) y Churches (2008) sobre la clasificación del plano cognitivo de la Taxonomía de Bloom.....</i>	209
<b>Tabla 20</b>	
<i>Verbos correspondientes al plano emocional y psicomotor de la clasificación de Bloom (1956).....</i>	210
<b>Tabla 21</b>	
<i>Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las consecuencias de la hospitalización infantil.....</i>	211
<b>Tabla 22</b>	
<i>Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las alteraciones derivadas del ingreso hospitalario.....</i>	212
<b>Tabla 23</b>	
<i>Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las funciones del maestro hospitalario...</i>	212
<b>Tabla 24</b>	
<i>Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las características deseables del maestro hospitalario.....</i>	213
<b>Tabla 25</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Educación.....</i>	214
<b>Tabla 26</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Pedagogía.....</i>	218
<b>Tabla 27</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Educación Social.....</i>	219

<b>Tabla 28</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Educación.....</i>	221
<b>Tabla 29</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Pedagogía.....</i>	226
<b>Tabla 30</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Educación Social.....</i>	228
<b>Tabla 31</b>	
<i>Universidades del ámbito nacional que imparten posgrados relacionados con la Pedagogía Hospitalaria.....</i>	231
<b>Tabla 32</b>	
<i>Competencias aportadas por la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Navarra en los grados de Educación Infantil y Primaria.....</i>	232
<b>Tabla 33</b>	
<i>Competencias aportadas por la asignatura Orientación en situaciones Especiales: atención hospitalaria y menores en riesgo social de la Universidad de Burgos en el grado de Pedagogía.....</i>	233
<b>Tabla 34</b>	
<i>Competencias aportadas por la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Santiago de Compostela en el grado de Pedagogía.....</i>	233
<b>Tabla 35</b>	
<i>Competencias aportadas por el Máster en atención integral desde la Pedagogía Hospitalaria a lo largo de la vida de la Universidad de Barcelona.....</i>	234
<b>Tabla 36</b>	
<i>Competencias aportadas por el Título propio experto universitario en uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria de la Universidad de la Laguna.....</i>	235
<b>Tabla 37</b>	
<i>Competencias aportadas por el Diploma de Especialización / Posgrado: Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría de la Universidad de Barcelona.....</i>	236
<b>Tabla 38</b>	
<i>Competencias aportadas por el Diploma de especialización universitaria en Pedagogía Hospitalaria de la Universidad Ramón Llull.....</i>	236

<b>Tabla 39</b>	
<i>Selección de competencias aportadas por las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud de las universidades nacionales que imparten grados en Educación Infantil y Primaria, Pedagogía y Educación Social teniendo en cuenta los criterios expuestos.....</i>	239
<b>Tabla 40</b>	
<i>Propuesta de competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros.....</i>	240
<b>Tabla 41</b>	
<i>Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom.....</i>	247
<b>Tabla 42</b>	
<i>Competencias emocionales según la Taxonomía de Bloom.....</i>	251
<b>Tabla 43</b>	
<i>Competencias psicomotoras según la Taxonomía de Bloom.....</i>	252
<b>Tabla 44</b>	
<i>Fases del proceso de investigación del estudio cuantitativo basado en la valoración de expertos sobre competencias docentes específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria necesarias para el ejercicio profesional de los maestros en las aulas hospitalarias.....</i>	258
<b>Tabla 45</b>	
<i>Componentes del cuestionario CODEPH – MAGHOS.....</i>	261
<b>Tabla 46</b>	
<i>Hospitales de la Comunidad Valenciana que disponen de aulas hospitalarias en el curso 2015/2016.....</i>	263
<b>Tabla 47</b>	
<i>Cronograma de reuniones mantenidas con los equipos educativos de las aulas hospitalarias de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana y número de docentes.....</i>	266
<b>Tabla 48</b>	
<i>Número y porcentaje de respuestas a cada ITEM, una vez agrupadas en ninguna-poca y bastante-mucha.....</i>	270
<b>Tabla 49</b>	
<i>Porcentaje de encuestados que han valorado como bastante o muy importantes las competencias que componen en cuestionario.....</i>	281
<b>Tabla 50</b>	
<i>Puntuaciones de los ítems de 0 a 10 por grado de importancia ordenada por ítem.....</i>	283
<b>Tabla 51</b>	
<i>Puntuaciones de los ítems de 0 a 10 por grado de importancia atribuido ordenada por puntuación.....</i>	285

<b>Tabla 52</b>	
<i>Diferencia entre grado de importancia y nivel de desarrollo en la universidad para cada ítem.....</i>	288
<b>Tabla 53</b>	
<i>Análisis de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS para las valoraciones de importancia y desarrollo mediante la suma de puntuaciones de sus ítems.....</i>	295
<b>Tabla 54</b>	
<i>Homogeneización de los rangos de las puntuaciones por escalas de 0 a 10.</i>	301
<b>Tabla 55</b>	
<i>Comparación entre las puntuaciones de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS.....</i>	303
<b>Tabla 56</b>	
<i>Correlación entre la experiencia docente y la experiencia en las UPH con las puntuaciones de cada escala en grado de importancia.....</i>	305
<b>Tabla 57</b>	
<i>Correlación entre la experiencia docente y la experiencia en las UPH con las puntuaciones de cada escala en nivel de desarrollo.....</i>	305
<b>Tabla 58</b>	
<i>Propuesta de competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros ordenada por grado de importancia según la opinión de los maestros hospitalarios de la Comunidad valenciana.....</i>	307
<b>Anexos</b>	
<b>Tabla 59</b>	
<i>Competencias basadas en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad y/u hospitalización.....</i>	377
<b>Tabla 60</b>	
<i>Competencias basadas en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u hospitalización.....</i>	379
<b>Tabla 61</b>	
<i>Competencias derivadas de las funciones del maestro hospitalario.....</i>	379
<b>Tabla 62</b>	
<i>Competencias derivadas de las características deseables del maestro hospitalario.....</i>	382
<b>Tabla 63</b>	
<i>Listado de variables del cuestionario CODEPH – MAGHOS.....</i>	383

**Tabla 64**

*Selección de competencias basado en las competencias específicas de las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud extraídas de las guías docentes analizadas de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria de las universidades del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria.....* 403

**Tabla 65**

*Selección de competencias de Educación para la Salud extraídas de las guías docentes de las titulaciones de Pedagogía de las universidades del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria.....* 499

**Tabla 66**

*Selección de competencias basado en las competencias específicas de las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud extraídas de las guías docentes analizadas de las titulaciones de Educación social del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria.....* 501

<b>Figura 1.</b> Fases de la investigación.....	29
<b>Figura 2.</b> Estudios del marco empírico.....	33
<b>Figura 3.</b> Fases del estudio cualitativo.....	33
<b>Figura 4.</b> Fases del estudio cuantitativo.....	36
<b>Figura 5.</b> Repercusiones familiares ante la hospitalización infantil.....	114
<b>Figura 6.</b> Pedagogía Hospitalaria.....	127
<b>Figura 7.</b> Las competencias según el Parlamento europeo (2.006).....	159
<b>Figura 8.</b> Síntesis del diseño del marco empírico.....	192
<b>Figura 9.</b> Triangulación de fuentes.....	192
<b>Figura 10.</b> Triangulación de métodos.....	193
<b>Figura 11.</b> Evidencias encontradas sobre las consecuencias de la hospitalización en el niño enfermo a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.....	200
<b>Figura 12.</b> Evidencias encontradas sobre las alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales derivadas del ingreso hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.....	201
<b>Figura 13.</b> Evidencias encontradas sobre las funciones del maestro hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.....	202
<b>Figura 14.</b> Evidencias encontradas sobre las características deseables del maestro hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.....	204
<b>Figura 15.</b> Dimensiones del aprendizaje en la Taxonomía de Bloom (1956)	206
<b>Figura 16.</b> Actualización dimensiones del aprendizaje en la Taxonomía de Bloom, Anderson y Krathwohl, (2000).....	207
<b>Figura 17.</b> Categorización de las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria para la formación docente por tipología.....	246
<b>Figura 18.</b> Valores medios para la escala CODEP_MAGHOS_CONS.....	296
<b>Figura 19.</b> Valores medios para la escala CODEP_MAGHOS_ALT.....	297
<b>Figura 20.</b> Valores medios para la escala CODEP_MAGHOS_FUN.....	299

<b>Figura 21.</b> Valores medios para la escala CODEP_MAGHOS_CAR.....	300
<b>Figura 22.</b> Valores por orden de puntuación media.....	303
<b>Figura 23.</b> Comparación entre las puntuaciones de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS tanto para grado de importancia como para nivel de desarrollo.....	304

---

## ***INTRODUCCIÓN***



## INTRODUCCIÓN

La enfermedad, lejos de ser un proceso selectivo y evitable, es una situación a la que podemos enfrentarnos cualquier persona y en cualquier momento de la vida. Como define magistralmente Polaino-Lorente (1990, p.27) “la enfermedad es una de esas circunstancias con las que, de ordinario, cada hombre ha de habérselas, antes o después”.

Teniendo en cuenta esta consideración, y siendo conscientes de que el hecho de enfermar o someterse a un ingreso hospitalario puede traer aparejadas algunas alteraciones derivadas de esta circunstancia sobrevenida, la atención pedagógica puede, a través del diálogo y la comunicación, ayudar al paciente a seguir desarrollándose en todas sus dimensiones (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990).

Entendemos por tanto, que la educación implementa el desarrollo de las personas y es un derecho fundamental del que la enfermedad no debe privar a quien la padece. Y es que tal y como afirma Torralba (2000, p.12) “la tarea de educar está íntimamente relacionada con la tarea de paliar la vulnerabilidad o, en caso de que eso no sea posible completamente, de ayudar al otro a aceptar su vulnerabilidad, a vivir con ella y a tratar de alcanzar el máximo grado de autonomía”. Para el autor todos tenemos derecho a ser educados, incluso cuando las circunstancias físicas, sociales, culturales o psicológicas conlleven un elevado grado de vulnerabilidad.

### **Justificación y objeto de estudio**

Motivados por el interés de que la educación llegue a todos los niños sin perjuicio de las circunstancias, y de acuerdo con Serradas (2008, p.59), consideramos

que “los derechos de los niños<sup>1</sup> hospitalizados así como el fomento y defensa del derecho a la educación dentro las instituciones hospitalarias, es un área de creciente interés” para aquellos profesionales de la educación que desarrollamos nuestra carrera profesional tanto dentro como fuera del contexto hospitalario.

Por ello, iniciamos en 2013 una aproximación a la situación actual de la Pedagogía Hospitalaria, basada en cuestiones clave que nos permitieran definir el tema de estudio de nuestro trabajo, tales como: ¿qué perfil profesional se ocupa de la atención educativa en las Unidades Pedagógicas Hospitalarias? ¿cómo se accede a los puestos de maestro hospitalario? ¿qué volumen de ingresos hospitalarios de niños menores de 18 años se producen en España anualmente? ¿cuál es la estancia media de los ingresos? ¿cómo se regula el funcionamiento de las aulas hospitalarias? ¿qué formación específica tienen los maestros hospitalarios en Pedagogía Hospitalaria? ¿contemplan las titulaciones de Pedagogía, Educación Social y Magisterio de las universidades del ámbito nacional, la formación en Pedagogía Hospitalaria? Y más importante todavía, ¿debe estar enfocada la formación en Pedagogía Hospitalaria exclusivamente a los profesionales de la educación que trabajan en el contexto hospitalario?.

La respuesta a estas preguntas dio origen a una reflexión que nos llevó a plantearnos que la formación universitaria de los futuros maestros nos abría un campo de estudio fértil al que aportar resultados que nos permitan mejorar la formación de los futuros docentes, puesto que tal y como afirman autores como Molina Y Violant (2009, p.4), al revisar los planes de estudio universitarios de las titulaciones de Educación en nuestro país,

---

<sup>1</sup> Para agilizar la lectura de la tesis doctoral se ha evitado utilizar el género masculino y femenino en aquellos términos que admiten ambas posibilidades. Así cuando se habla del “niño”, se entiende que se refiere al niño y a la niña.

no se observa ninguna carrera específica en pedagogía hospitalaria, sino que, o bien forma parte de la formación básica de algunas titulaciones de educación en algunas universidades, como asignatura optativa o como parte del temario de una asignatura relacionada con la educación para la salud, o bien se ofrece como formación postgraduada. Sin embargo, la definición de los perfiles profesionales en educación, contempla competencias y funciones relacionadas con la pedagogía hospitalaria.

En esta misma línea encontramos a Doval y Estévez (2001) quienes afirman que la especialidad de Pedagogía Hospitalaria no existe en ningún plan de formación universitario en Europa. La autora coincide con Molina y Violant (2009) y Fernández Hawrylak (2000) en la insuficiencia de las actuaciones que existen actualmente en España en relación con la formación en Pedagogía Hospitalaria y que se reducen a un porcentaje ínfimo de universidades que, cuando más, han incluido en sus planes de estudio asignaturas optativas que abarcan esta temática o las escasas experiencias de formación llevadas a cabo por la Administración Educativa, las cuales no están centradas en la premisa de competencias a desarrollar. En palabras de las propias Doval y Estévez (2001, p.15) “la situación de la formación del profesor hospitalario es bastante preocupante”.

Por todo ello, tomamos la decisión de centrar el objeto de estudio de nuestra Tesis Doctoral en las competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria necesarias para el ejercicio profesional de los maestros en las aulas hospitalarias. Ahora bien, para que los futuros maestros puedan dar una respuesta eficaz a las demandas psicoeducativas y emocionales que presentan los niños hospitalizados, la formación en Pedagogía Hospitalaria no debe estar dirigida exclusivamente a los docentes que desarrollan su carrera profesional dentro del contexto hospitalario, sino de cuantos maestros estén en contacto durante la hospitalización con el menor enfermo. Y es que, tal y como afirman González, Macías y García (2002, p.346), “la escuela y la vida no pueden ser separadas y menos aún si la vida pasa por un estado de limitación”.

A partir de definir el objeto de estudio de nuestra tesis, nos ha parecido oportuno plantear cinco aspectos contextuales previos, que no solo clarifican los motivos que nos llevan a completar el desarrollo de la Tesis Doctoral, sino que sirven de elementos legitimadores de la validez de la investigación, y aun, se plantean como directrices de apoyo para conducir todas las líneas básicas de nuestro trabajo. Permítasenos, brevemente, anunciar estos cinco elementos contextuales.

En primer lugar, el elevado número de ingresos hospitalarios de menores en nuestro país, los cuales requieren de una atención integral, en la que la educación es parte fundamental del cumplimiento de los derechos de los menores; aspectos que presentamos en el capítulo uno. Debemos poner de manifiesto que, el niño que ha sido hospitalizado, sigue siendo alumno de su centro de referencia, a pesar de las circunstancias, y más tarde o más temprano, el niño que ha estado enfermo regresará a su colegio. Por lo tanto, la atención educativa del niño que sufre una enfermedad no es tarea exclusiva del maestro hospitalario, sino que es una tarea compartida entre los maestros de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias y los maestros del centro de referencia de los menores. En este sentido, Doval y Estévez (2001) afirman que incorporar una materia específica en Pedagogía Hospitalaria en las titulaciones de Educación completaría la cualificación docente y capacitaría a los futuros maestros para una atención educativa efectiva, bien desde los centros escolares, bien desde la atención domiciliaria o desde un aula hospitalaria.

En segundo lugar, la forma de provisión de las plazas de docentes hospitalarios establece que los responsables de atender educativamente a los niños hospitalizados serán funcionarios pertenecientes a los cuerpos de maestros y de profesores de enseñanza secundaria, mediante el sistema ordinario de provisión, a quienes no se exige ninguna formación previa específica en materia de Pedagogía Hospitalaria. Profundizaremos en este tema en el capítulo uno de la presente Tesis.

En tercer lugar, como profesora en los Grados de Educación de la Universidad CEU Cardenal Herrera, consideramos que otro motivo que justifica esta investigación es la necesidad de profundizar en el conocimiento de las competencias docentes de las que dotan los actuales planes de estudio de las universidades de ámbito nacional, vistos los requisitos de acceso a los puestos de maestro hospitalario, para poder paliar las carencias formativas de los alumnos de Magisterio en materia de Pedagogía Hospitalaria. Sin duda, cubrir esta laguna supone uno de los objetivos más concretos de toda nuestra investigación. Esta justificación está estrechamente relacionada con la idea de que todo docente, durante su trayectoria profesional, deberá trabajar, de una u otra forma, en la atención educativa de niños que enfermen. Por ello, nuestra óptica se desvía de la consideración de que la Pedagogía Hospitalaria debe ser tarea exclusiva de los docentes hospitalarios.

El cuarto motivo anunciado se basa en la constatación de que el desconocimiento de la existencia de aulas hospitalarias, su funcionamiento y sobre todo la percepción de no estar preparados para atender educativamente a niños hospitalizados o enfermos, provoca en los alumnos de Magisterio ciertas reticencias a la hora de optar por el desempeño de su profesión en este contexto, no asumiendo, por tanto, que la atención educativa de un niño que enferma es tarea de todos. Esta falta de visibilización de la atención educativa de niños enfermos, sin duda, está muy extendida y la trataremos en las conclusiones de la presente Tesis Doctoral.

El quinto y último motivo que justifica la presente investigación y sirve de referencia legitimadora, es la escasez de conclusiones claras referentes a las competencias específicas que deben de tener los docentes hospitalarios, puesto que hemos encontrado aproximaciones y estudios centrados en este campo de trabajo pero que distan de aportar un marco general que permita articular la formación específica de los maestros basada en una investigación empírica, como la que presentamos a continuación.

En definitiva, coincidimos con Lizasoáin (2003a, p.20) en la importancia de contribuir a que la Pedagogía Hospitalaria se constituya como ciencia a través de un corpus científico, puesto que se trata de una disciplina muy joven y que en palabras de la propia autora: “su cuerpo teórico se ha ido elaborando a través de investigaciones, que cada día cobran mayor fuerza e interés”. Por ende, en la actualidad hay una necesidad de elaborar una Pedagogía Hospitalaria bien fundamentada científicamente y la presente tesis pretende aportar su grano de arena a este fin.

Destacamos en este punto, que con la intención de que la tesis no se limitara a una investigación teórica alejada de la práctica en las aulas hospitalarias, y con el firme convencimiento de que las estancias de investigación son cruciales para la formación pre y post doctoral, nos dispusimos a realizar una estancia de investigación en la Universidad de Navarra, la cual nos permitió conocer en primera persona el trabajo de los profesionales de la educación de la Clínica Universidad de Navarra. Tal y como expondremos detenidamente en las conclusiones del presente trabajo, la realización de estancias de investigación permite implementar la formación investigadora, establecer relaciones con otros profesionales afines al ámbito de estudio y desarrollar habilidades que permitan la integración en diferentes equipos de investigación. En nuestro caso, la estancia de investigación nos permitió colaborar en la Unidad de Pedagogía Hospitalaria de la Clínica Universidad de Navarra, experiencia que ha implementado nuestra formación en este ámbito de trabajo. Asimismo, posibilitó el uso de los recursos documentales de la Universidad de Navarra. Todo ello, ha aportado calidad a nuestra investigación.

### **Objetivos**

El presente trabajo plantea como objetivo principal poner de manifiesto cuáles son las competencias específicas que en materia de Pedagogía Hospitalaria deberían adquirir los futuros maestros, al objeto de dar una respuesta educativa

eficaz a las demandas psicoeducativas y emocionales que presentan los niños hospitalizados antes, durante y después de la irrupción de la enfermedad en sus vidas. Para ello, es fundamental conocer la relevancia que la Pedagogía Hospitalaria tiene actualmente en la formación de los futuros maestros, teniendo en cuenta que la atención educativa de los niños enfermos no es tarea exclusiva de quienes desarrollan su trabajo en las Unidades Pedagógicas Hospitalarias<sup>2</sup>, sino de todos los maestros que están en contacto con el niño, tal como venimos afirmando con reiteración.

Es necesario tener muy presente que un niño que enferma, es siempre alumno de un determinado colegio y no deja de serlo ni cuando la enfermedad le obliga a permanecer hospitalizado. Señalamos que nuestro foco de estudio se centra en la formación de los futuros maestros y profesores, por ser estos a quienes la legislación encarga la tarea de atender educativamente a los menores hospitalizados, convalecientes o reincorporados a los centros de referencia, pero reivindicamos la formación de equipos multidisciplinares que trabajen de manera conjunta. Numerosas referencias citadas a lo largo de nuestra investigación ponen en valor esta idea, con la que lógicamente, nos acabamos alineando de forma inequívoca.

Como objetivos específicos destacamos los siguientes:

- Realizar una aproximación a la hospitalización infantil que nos aporte información relevante sobre la situación actual de la morbilidad hospitalaria en España, la regulación de la atención educativa de los menores enfermos en nuestro país y la defensa de los derechos de los mismos.

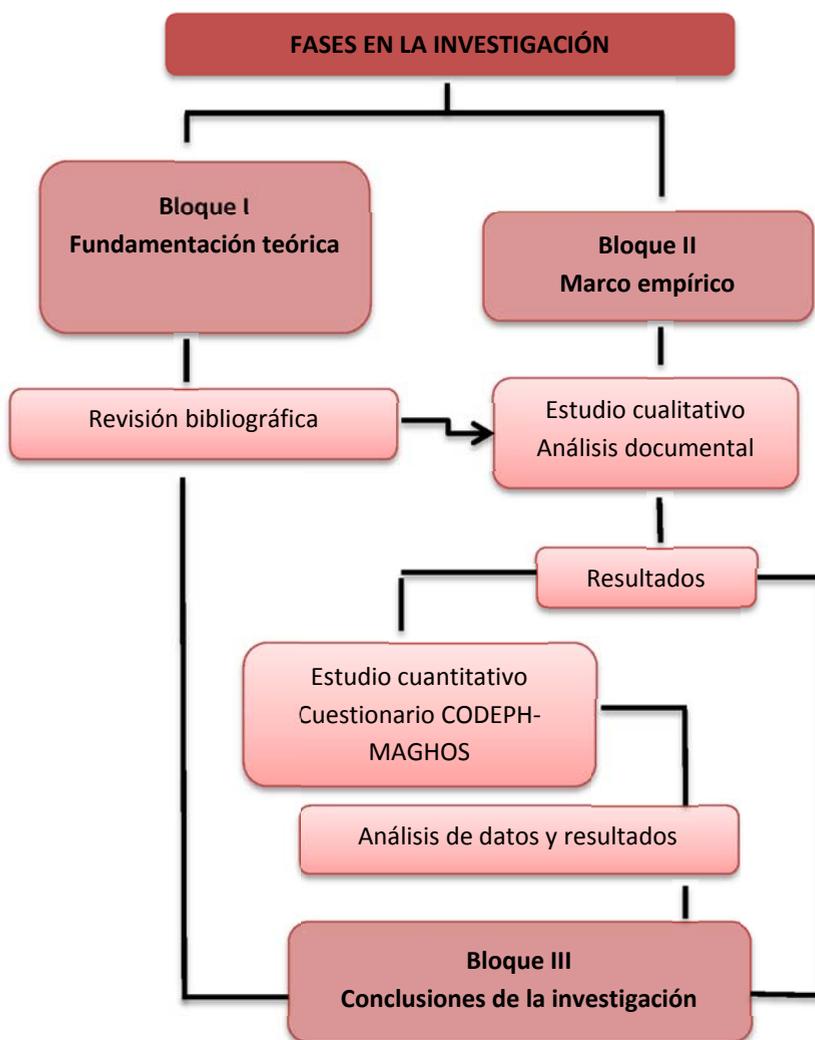
---

<sup>2</sup> En el presente trabajo utilizaremos los términos Unidades Pedagógicas Hospitalarias y aulas hospitalarias como sinónimos, por ofrecernos la literatura revisada ambas terminologías sin diferenciación de matices.

- Describir las consecuencias que conlleva el ingreso de un menor en un hospital, así como las alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales que la enfermedad y la hospitalización pueden tener sobre el menor y su familia.
- Argumentar cómo la Pedagogía Hospitalaria puede minimizar/paliar las consecuencias negativas derivadas de la hospitalización infantil a través de la acción educativa.
- Estudiar la metodología utilizada en el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe para la elaboración de los actuales planes de estudio de las universidades de Europa, con la intención de basar nuestro marco empírico en la citada metodología.
- Conocer la práctica educativa en las aulas hospitalarias según los estudios revisados y mediante la realización de una estancia de investigación en la Universidad de Navarra.
- Analizar el perfil profesional del maestro hospitalario, con la intención de conocer su formación, funciones, características deseables y competencias, así como la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria en los actuales planes de estudio. Todo ello enfocado a la elaboración de un marco común de competencias específicas destinadas a la implementación de la formación universitaria de los futuros docentes.

## Estructura

Con la intención de evidenciar la estructura de la tesis dividimos el trabajo en tres apartados en paralelismos de identidad con las 3 fases de la investigación. Concretamos las fases en la siguiente figura:



**Figura 1.** Fases de la investigación.

Fuente: elaboración propia.

Tal y como refleja la figura 1, la Tesis consta de 3 bloques diferenciados:

- Bloque I: Fundamentación teórica; basada en la búsqueda y análisis de numerosos estudios científicos relacionados con el campo de estudio de la Pedagogía Hospitalaria.
- Bloque II: Marco empírico; centrado en el diseño de dos estudios complementarios que nos han permitido cumplir con el objetivo principal de la presente tesis doctoral.
- Bloque III: Conclusiones; concretado en las ideas que sintetizan nuestra investigación, las limitaciones encontradas así como las futuras líneas de investigación.

Pasamos a ofrecer unas breves pinceladas explicativas de cada uno de los apartados anunciados, que ayuden al lector a tener una visión global de la totalidad de la investigación. De un modo más detallado, la fundamentación teórica está formada por cuatro capítulos. En el primero realizamos una aproximación conceptual a la hospitalización infantil, presentando los datos referidos a la morbilidad hospitalaria en nuestro país, destacando el número de ingresos hospitalarios y la duración media de las estancias. Completamos este capítulo inicial con el estudio de los derechos de los niños hospitalizados y el análisis de la legislación educativa que regula la atención de los menores en este contexto especial de aprendizaje.

Una vez realizada esta primera aproximación a la hospitalización infantil, pasamos a definir, en el segundo capítulo, las consecuencias que se derivan de la irrupción de la enfermedad pediátrica, así como del ingreso hospitalario, las alteraciones que presentan estos niños y las necesidades psicoeducativas que resultan de las mismas. Completamos el apartado con las repercusiones familiares derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica.

El tercer capítulo queda dedicado al concepto de Pedagogía Hospitalaria, como disciplina cuyo objeto preciso de estudio, investigación y dedicación debe ser el educando enfermo y/u hospitalizado. Para dar una respuesta educativa eficaz a los niños que sufren durante su infancia una enfermedad, es necesario conocer las herramientas con las que contamos los profesionales de la Educación para atender a los menores que presentan en un momento determinado unas necesidades específicas de apoyo educativo.

Una de estas herramientas es la aplicación de la Pedagogía Hospitalaria como recurso optimizador de la atención del niño enfermo y/u hospitalizado. Completamos este tercer capítulo con el origen y evolución de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias en España y una aproximación a lo que nosotros hemos llamado “las escuelas sin Escuela”, donde damos cabida a un tema complementario como es la atención domiciliaria en nuestro país.

Para aproximarnos un poco más al objetivo de nuestra Tesis, pasamos a estudiar en el capítulo cuatro el término “competencias” dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe, por ser el marco que ha permitido extraer una propuesta de competencias generales y específicas para el diseño de los nuevos planes de estudio universitarios, adaptándolos al Área de Educación Europea. Aportamos asimismo algunos de los estudios más recientes centrados en la formación de los profesionales que desarrollan su trabajo en las aulas hospitalarias y las aportaciones de diversos autores acerca de las competencias específicas necesarias para atender de un modo óptimo a los menores hospitalizados.

En base a los estudios analizados en los capítulos que conforman la fundamentación teórica, hemos desarrollado el marco empírico del trabajo, basado en el diseño de dos estudios complementarios, que nos han permitido ofrecer un marco común en materia de competencias específicas para docentes en Pedagogía

Hospitalaria. Nuestra propuesta, posibilita implementar la formación universitaria de los futuros maestros.

En nuestra investigación hemos llevado a cabo una integración de metodologías cuantitativas y cualitativas mediante la conocida como técnica de triangulación intermétodo de tipo secuencial inductiva, así como una triangulación de fuentes. Ello nos permite aportar calidad al cumplimiento de objetivos, tomando como base los estudios revisados en la fundamentación teórica y enriqueciendo nuestra investigación mediante la utilización de diferentes métodos y técnicas.

Por consiguiente, el marco empírico está formado por dos capítulos. El capítulo cinco aporta un estudio cualitativo que culmina con una propuesta de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria, destinada a la formación universitaria de los futuros maestros. Por su parte, el capítulo seis aporta un estudio cuantitativo basado en la valoración que los maestros hospitalarios de la Comunidad Valenciana realizan de los resultados obtenidos en el estudio cualitativo.

Ponemos de relieve que en ambos capítulos seguimos la misma estructura, presentando para cada uno de ellos la descripción del objeto de estudio, la metodología utilizada, el proceso de investigación, así como los resultados obtenidos.

Destacamos que la propuesta de competencias que presentamos recoge aquellas que consideramos necesarias para el buen desempeño de la función docente, centrándonos en la atención educativa del niño enfermo y/u hospitalizado. Reflejamos los estudios que componen el marco empírico en la siguiente figura.



**Figura 2.** Estudios del marco empírico.

Fuente: elaboración propia.

En concreto, el proceso de investigación del capítulo cinco contempla cinco fases resumidas en la figura 3.



**Figura 3.** Fases del estudio cualitativo.

Fuente: elaboración propia.

Para comprender mejor las fases del estudio cualitativo, resumimos en las líneas siguientes cada una de ellas. La primera, contempla el diseño de las tablas que nos permitirán plasmar los datos extraídos del análisis documental realizado. La

segunda, contempla la selección de la muestra; finalmente, la tercera merece especial atención y pasamos a detallar en el siguiente párrafo.

El primer paso del procedimiento de recogida de datos se ha centrado en la extracción de evidencias empíricas, basadas en la fundamentación teórica. Estas evidencias se agrupan en: consecuencias de la hospitalización infantil; alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales derivadas de la aparición de la enfermedad y/o el ingreso hospitalario; funciones del maestro hospitalario y características de personalidad deseables en el docente que desarrolla su carrera profesional en las Unidades Pedagógicas Hospitalarias. Esta clasificación conformará los 4 criterios que servirán para elaborar nuestra propuesta de competencias así como las 4 dimensiones evaluables en nuestra investigación cuantitativa.

Una vez expuestas las citadas evidencias, se ha procedido al diseño de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria, basadas en este caso, en las evidencias extraídas. Destacamos que, inicialmente, para cada grupo de evidencias se ha diseñado un listado de competencias específicas que, a priori, consideramos necesarias para la formación del maestro hospitalario. Haciendo un pequeño inciso, aunque existen muchas recomendaciones para la redacción de competencias, en nuestra investigación seguimos la Taxonomía de Bloom, puesto que consideramos que es una herramienta óptima para la clasificación y diseño de las mismas. Igualmente, tal y como recoge la ANECA (2014, p.26) en su Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados de aprendizaje,

existen numerosas referencias en la literatura europea sobre buenas prácticas a la hora de describir resultados del aprendizaje. Pero si en algo coinciden todas las reseñas es en señalar la importancia de utilizar, al describirlos, verbos de acción inequívocos y en considerar a la jerarquía de objetivos educativos de Bloom como la herramienta básica para elegir el verbo de acción más adecuado.

Otro motivo que justifica nuestra elección, es que la Taxonomía de Bloom resulta ser una de las de uso más extendido, por atender entre otros aspectos a una

jerarquía en el aprendizaje que contempla tres planos diferenciados aunque combinables entre sí, los cuales definiremos con detalle en el capítulo cuatro de la presente Tesis pero que adelantamos aquí: plano cognitivo, plano emocional y plano psicomotor.

Tras el diseño de las primeras competencias a partir de las evidencias encontradas en la fundamentación teórica, se ha realizado en el análisis de la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud en la formación de los docentes, mediante el análisis de los planes de estudio de todas las titulaciones Magisterio, Pedagogía y Educación Social de las universidades de ámbito nacional. Motivados por conocer en profundidad la consideración actual de la Pedagogía Hospitalaria en la formación universitaria en España, presentamos igualmente los datos referidos a los posgrados o masters vigentes en las universidades españolas. Todo ello, sin duda, nos va acercando a la configuración de un listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria que conforme un marco de referencia para la formación de los futuros maestros.

Tras el estudio de la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud realizado, proseguimos con la revisión de todas las guías docentes de las asignaturas de Pedagogía Hospitalaria y Educación para la Salud impartidas en las titulaciones de Pedagogía, Educación social y Educación (Magisterio) de todas las universidades de ámbito nacional, así como de los posgrados relacionados con la Pedagogía Hospitalaria, con el objetivo de recolectar todas las competencias específicas recogidas en las guías docentes.

Del análisis de las mencionadas guías, se han extraído en primer lugar todas las competencias específicas de las asignaturas de Pedagogía Hospitalaria, además de todas las competencias específicas de los posgrados universitarios vigentes relacionados con la Pedagogía Hospitalaria y la totalidad de competencias específicas propuestas por las asignaturas relacionadas con la Educación para la

Salud. En este último análisis, se establecieron 4 criterios para poder seleccionar las competencias de las guías de Educación para la Salud que fueran aplicables al ámbito de la Pedagogía Hospitalaria. De todo este trabajo, nace nuestra propuesta de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para la formación universitaria de los futuros docentes.

A pesar de todo este exhaustivo trabajo, entendemos que nos faltaba una perspectiva fundamental para aproximarnos al análisis global de la temática, que anunciábamos al principio. Se trata de la práctica real y el análisis de lo que experiencialmente realizan los profesionales activos en este ámbito sanitario - educativo. De ahí nuestro acercamiento a los profesionales que trabajan en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria de la Comunidad Valenciana y el diseño del estudio cuantitativo de nuestra Tesis, que presentamos en el capítulo seis. A modo de resumen, avanzamos que el este proceso de investigación contempla cinco fases.



**Figura 4.** Fases del estudio cuantitativo.

Fuente: elaboración propia.

De conformidad con los datos aportado en la figura 4, iniciamos este apartado con la elaboración de un cuestionario encaminado a conocer la opinión que tienen sobre nuestra propuesta de los maestros hospitalarios que están en activo en las 15

Unidades Pedagógicas Hospitalarias de la Comunidad Valenciana, analizando la importancia que tiene para ellos cada una de las 95 competencias aportadas por el estudio cualitativo, así como su opinión sobre el nivel de adquisición y/o desarrollo de las mismas durante sus estudios universitarios. Destacamos que el cuestionario propuesto está basado en el Proyecto Tuning, considerando esta propuesta apropiada por tratarse de una metodología que permite diseñar programas de titulaciones partiendo de perfiles profesionales concretos.

La segunda fase del proceso de investigación se ha basado en la selección de la muestra que participará en el estudio. Avanzando en la breve descripción de las fases de la investigación cuantitativa, la tercera fase se ha centrado en la especificación del procedimiento de recogida de datos. Finalmente presentamos en el capítulo seis el análisis pormenorizado de los datos obtenidos así como los resultados de nuestra investigación.

Como no puede ser de otra manera, todo nuestro esfuerzo investigador debe terminar con un apartado de conclusiones, que concrete los logros alcanzados, advierta de las limitaciones que han ido surgiendo, y como algo imprescindible, la presentación de las líneas de investigación futuras y los aspectos que han quedado pendientes. Hemos de ser conscientes que las primeras respuestas a los objetivos planteados sugieren, con carácter de necesidad, nuevas preguntas, y, por ende, renovadas líneas de investigación futuras.



---

## ***BLOQUE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA***



## CAPÍTULO 1. LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: ASPECTOS GENERALES

Iniciamos el capítulo 1 con la presentación de los datos actuales centrados en la morbilidad hospitalaria en nuestro país, para posteriormente realizar una aproximación conceptual a la hospitalización infantil. Aportamos en el mismo capítulo el estudio de los derechos de los niños hospitalizados y la legislación educativa en materia de atención de estos menores en este contexto especial de aprendizaje.

### 1.1 Situación actual de la morbilidad hospitalaria en España

Para contextualizar este primer apartado, es necesario realizar un análisis de la morbilidad hospitalaria en nuestro país, el cual nos permite conocer los datos estadísticos que reflejan el volumen de ingresos hospitalarios y la estancia media de esos ingresos en España en los últimos años. Los datos que vamos a reflejar en este apartado están extraídos del Instituto Nacional de Estadística<sup>3</sup> y se resumen en las tablas que presentamos a continuación. Consideramos que estos datos son relevantes en la investigación debido a que el número de ingresos hospitalarios y la duración de los mismos, nos puede ayudar a visualizar la realidad de la hospitalización infantil y la necesidad de atender a este colectivo con mayores garantías. Los datos presentados en las siguientes tablas nos aproximan a una realidad fehaciente que merece ser tenida en cuenta.

En la tabla 1 se presentan los datos de la **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH)** correspondiente al año 2014. Su principal objetivo consiste en conocer la estructura de la morbilidad hospitalaria, es decir, de las personas enfermas que han

---

<sup>3</sup> El Instituto Nacional de Estadística publica en noviembre de cada año los datos referentes al año anterior, por ello a fecha de febrero de 2016 están publicados los datos del año 2014.

ingresado en los hospitales nacionales por grupo de edad en España. En esta primera tabla presentamos todos los grupos de edad para tener una visión global del número de personas que son ingresadas en nuestro país en el año 2014.

**Tabla 1**

*Ingresos hospitalarios producidos por grupo de edad en el año 2014 en los hospitales del ámbito nacional*

Edad	≤1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años
Nº ingresos	138.302	106.641	135.421	193.935

Edad	25-34 años	35- 54 Años	55 – 74 años	75- +90 años
Nº ingresos	482.091	1.029.555	1.330.466	1.305.254

<b>Total ingresos 0 - 90</b>	<b>4.791.667</b>
------------------------------	------------------

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Tal y como se puede observar en la tabla 1, en el año 2014 se produjeron en España un total de 4.791.667 ingresos. De ellos, más de medio millón corresponden a niños y jóvenes de entre 0 y 24 años.

Siguiendo con el análisis de los datos referentes al número de hospitalizaciones en nuestro país, a continuación presentamos en la tabla 2 la estancia media de los ingresos hospitalarios en España según la edad del paciente en niños y jóvenes de entre 0 y 24 años.

**Tabla 2**

*Estancia media de los ingresos hospitalarios en España según la edad del paciente en niños y jóvenes de entre 0 y 24 años en el año 2.014*

	≤1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años
<b>de 1 a 30 días</b>	5.19	3.24	3.27	3.56
<b>total ingresos</b>	<b>133.842</b>	<b>106.227</b>	<b>132.370</b>	<b>191.293</b>
<b>de 31 días a 6 meses</b>	50.03	43.12	45.86	51.96
<b>total ingresos</b>	<b>4.461</b>	<b>414</b>	<b>1.051</b>	<b>2.591</b>
<b>+ de 6 meses a 1 año</b>	0	0	0	243.62
<b>total ingresos</b>	0	0	0	<b>39</b>
<b>+ de 1 año</b>	0	0	0	730.30
<b>total ingresos</b>	0	0	0	<b>12</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Como se observa en la tabla 2 aparecen los datos referidos tanto a la estancia media de ingreso hospitalario como el número de ingresos totales. Debemos destacar que en España, se hospitalizaron en el año 2014 un total de 574.299 niños y jóvenes entre 0 y 24 años, de ellos 106.641 fueron niños cuya edad oscila entre 1 y 4 años, y de ellos, 414 permanecieron una media de 43 días en el hospital. Siguiendo con el análisis de los datos, vemos que 1.051 niños de entre 5 y 14 años permanecieron hospitalizados igualmente una media de 45 días.

Ahora bien, cuando hablamos de ingresos hospitalarios de niños menores de un año, el número de ingresos se dispara hasta los 138.303 ingresos, de los cuales 4.461 ingresos supusieron una estancia media de hospitalización de 50 días.

A continuación presentamos en la tabla 3 el número de ingresos hospitalarios de niños y jóvenes entre 0 y 24 años en España en el año 2014 por Comunidad Autónoma. Observamos como Catalunya es la Comunidad Autónoma que registra el

mayor número de ingresos hospitalarios, seguida por Andalucía y la Comunidad de Madrid. La Comunidad Valenciana es la cuarta comunidad con mayor registro de ingresos hospitalarios.

**Tabla 3**

*Ingresos hospitalarios por grupo de población de 0 a 24 años por Comunidad Autónoma 2.014. Valores totales*

<b>C. Autónoma</b>	<b>Total 0 – 90 años</b>	<b>≤1 año</b>	<b>1-4 años</b>	<b>5-14 años</b>	<b>15-24 años</b>
<b>Andalucía</b>	694.141	22.767	16.348	22.075	36.246
<b>Aragón</b>	155.285	4.098	3.458	4.342	5.579
<b>Asturias</b>	116.616	2281	1.687	2.140	3.081
<b>Balears, Illes</b>	123.621	3.703	3.808	3.913	6.010
<b>Canarias</b>	179.647	5.368	3.741	5.196	8.883
<b>Cantabria</b>	59.985	1.344	1.338	2.045	1.908
<b>Cast. y León</b>	269.748	6.392	4.748	6.483	8.600
<b>Cast. Mancha</b>	173.204	5.635	3.699	4.770	7.424
<b>Cataluña</b>	829.556	24.627	18.835	22.522	32.063
<b>C. Valenciana</b>	508.486	15.610	13.122	15.753	21.146
<b>Extremadura</b>	111.830	3.697	2.999	3.719	4.881
<b>Galicia</b>	293.533	7.672	5.798	7.579	9.725
<b>C. de Madrid</b>	692.090	23.983	18.155	20.990	27.742
<b>Murcia</b>	146.541	3.672	2.979	3.948	7.906
<b>Navarra</b>	68.592	1.373	1.480	2.077	2.625
<b>País Vasco</b>	245.801	4.632	3.89	4.561	7.510
<b>Rioja, la</b>	37.009	648	588	814	1.255
<b>Ceuta</b>	6.769	351	269	295	626
<b>Melilla</b>	7.213	448	200	198	1.125

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Proseguimos nuestro análisis presentando las tablas 4 y 5, donde podemos observar los datos de ingresos hospitalarios producidos en el año 2014 en las tres provincias de la Comunidad Valenciana y las estancias medias de los mismos.

**Tabla 4**

*Ingresos hospitalarios producidos en el grupo de población de 0 a 24 años por provincia de la Comunidad Valenciana en el año 2.014. Valores totales*

Provincia	Total 0 - 90	≤1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años
<b>Alicante/Alacant</b>	197.815	5.287	3.814	4.897	8.155
<b>Castellón/Castelló</b>	49.559	2.162	1.496	1.506	1.976
<b>Valencia/València</b>	261.112	8.161	7.812	9.350	11.015

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

**Tabla 5**

*Estancia media de los ingresos hospitalarios en la Comunidad Valenciana por intervalos de estancia en el año 2.014*

de 1 a 30 días	de 31 días a 6 meses	+ de 6 meses a 1 año	+ de 1 año
4.86	45.08	248.62	702.62

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Observando las tablas 4 y 5 concluimos que en la Comunidad Valenciana se produjeron durante el año 2014 un total de 508.486 ingresos hospitalarios. Cuando las estancias son inferiores a 30 días, la media se sitúa en los 4.86 días de permanencia en el hospital. Cuando la estancia se sitúa entre el mes y los 6 meses de permanencia, vemos que la media se sitúa en los 45 días de ingreso. Entre los 6 meses y un año de ingreso, los pacientes permanecen hospitalizados una media de

248 días, y si los ingresos son superiores a un año, la estancia media se sitúa en los 702 días. Cifras que merecen ser atendidas para trabajar en pro de una mejor atención integral de los pacientes.

Para concluir con este primer apartado, destacamos que según datos oficiales de la Generalitat ofrecidos a fecha febrero de 2013, en el año anterior 10.142 niños fueron atendidos en las Unidades Pedagógicas de los Hospitales de nuestra comunidad que actualmente cuenta con 15 Unidades Pedagógicas Hospitalarias habilitadas y las cuales son atendidas por 26 maestros.

## 1.2 Aproximación conceptual a la hospitalización infantil

La hospitalización es definida por la RAE (2001) como el internamiento de un enfermo en un hospital o clínica. Los motivos que pueden llevar a una persona a ser ingresada en un hospital son múltiples, pero la aparición de una enfermedad supone en numerosas ocasiones el ingreso de un individuo en un hospital para someterse a examen, diagnóstico, tratamiento o curación.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1960) define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social”. Es por ello por lo que la salud ha dejado de concebirse como la mera ausencia de enfermedad, haciendo imprescindible entenderla desde una perspectiva multidisciplinar y como un proceso multicausal. De esta definición subyace la necesidad de velar por la atención integral del paciente, más si cabe cuando nos encontramos con la circunstancia de que quien enferma es un niño.

Igualmente, autores como Ortigosa y Méndez (2000) citados en Serrano y Prendes (2011, p.4) señalan que en muchas ocasiones la aparición de una enfermedad conlleva el ingreso hospitalario de un menor, entendiendo la hospitalización como “el periodo de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica referida a la enfermedad”.

Como avance a los estudios que presentaremos en el capítulo dos de la presente tesis, los citados autores insisten en que el ingreso hospitalario puede suponer en el paciente la aparición de alteraciones psíquicas derivadas de la ruptura con lo que hasta el momento era la rutina diaria de la persona. El paciente debe asumir una nueva realidad, con nuevos horarios, ritmos y relaciones, debe enfrentarse a pruebas médicas, tratamientos, etc.

Así mismo, Prendes (2011, p.6) afirma que en la actualidad, un hospital “constituye una institución social en la que se conjugan en una sola organización todos los sistemas de acción que deben contribuir a la mejora de las condiciones del enfermo y su enfermedad, ya que las carencias en las que desemboca una atención inadecuada pueden desembocar en una situación problemática a largo o medio plazo”. No debemos obviar que tal y como señalan Goldberg, Benoit, Blokland y Maldigan (2003) citados en López y Fernández (2004, p.47):

el conocimiento teórico que todas las personas poseemos sobre los elementos culturales intrahospitalarios, aunque nunca hayamos sido ingresados en un centro hospitalario, no deja de ser una idea general, favorecida por los medios de comunicación y la información social transmitida verbalmente, que dista mucho del papel del enfermo, rol que constituye, por lo general, una especial fuente de malestar, dolencia e incluso estigmatización.

Esto se agrava cuando el que enferma es un niño ya suele haber una búsqueda de respuestas que clarifiquen el porqué de su enfermedad, llegando a ser frecuente que el niño considere su enfermedad como un castigo y se plantee preguntas referidas al por qué le está pasando eso a él y si se va a poder curar. (Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada, 2004).

Siguiendo con el tema que nos ocupa, Polaino y Lizasoain (1992) afirman que la aparición de la enfermedad en un niño en edad escolar puede conllevar la aparición de alteraciones psicológicas derivadas de las carencias afectivas, sociales y físicas aparejadas a la situación de ingreso hospitalaria y que iremos desgranando a lo largo del presente trabajo de investigación. Por tanto y de acuerdo con Prendes (2011, p.6)

las actuaciones llevadas a cabo con estos niños deben atender a la totalidad de sus necesidades procurando en todo momento dar una respuesta a las mismas de manera globalizada. Se trata de actuaciones que forman parte de aquellas que están encaminadas a atender las necesidades más propias de la persona y que, bien por no ser objeto directo de la actuación médica o por no

ser parte de las competencias propias del personal sanitario, no son cubiertas por el servicio hospitalario.

En este sentido, Castañeda (2006a, p.1) añade que la “atención hospitalaria integral supone la definición de una serie de ámbitos en los cuales es necesaria la presencia de profesionales que, complementando la labor realizada por los profesionales sanitarios, puedan contribuir de la mejor manera posible a la salud integral de los pacientes”.

Por otro lado, el entorno físico del hospital y sus características no suelen favorecer la adaptación temprana de los enfermos a ese nuevo contexto. López y Fernández (2004, p.47) aseguran que:

existen factores externos, como el entorno físico hospitalario y sus características: olores, ruidos, arquitectura, decoración etc. que no favorecen la estancia de unos huéspedes que deben permanecer confinados en sus instalaciones para salvar sus vidas o disminuir sus miedos a perderlas.

Es interesante hacer mención en este punto a la clasificación que diversos autores realizan de la duración del período de ingreso hospitalario de los pacientes, con la intención de clarificar en este trabajo, a cuántos días de hospitalización nos estamos refiriendo cuando hablamos de estancias cortas, medias o largas. Así, autores como Hernández Jiménez (1997), Fernández Hawrylak (2000) o Guillén y Mejía (2002) clasifican a los pacientes en tres grupos diferenciados:

- Pacientes de corta hospitalización (menos de 15 días).
- Pacientes de larga hospitalización (más de 30 días).
- Pacientes de hospitalización media (entre 15 y 30 días).

Existe además otro grupo de pacientes que se denominan de hospitalización intermitente, el cual está formado por pacientes con enfermedades crónicas las cuales les llevan a realizar ingresos hospitalarios de manera periódica.

Consideramos ahora las opiniones de autores como Colomer-Revuelta, Colomer-Revuelta, Mercer, Peiró y Rajmil (2004, p.39) quienes afirman que la infancia se percibe en nuestro país como “un grupo poblacional que necesita escasa atención y recursos. Las causas esta imagen guardan relación con la mejora de la supervivencia, el escaso peso relativo poblacional y la investigación científica centrada en la predicción de las enfermedades en la edad adulta”.

Por su parte, la British Medical Association considera que la atención sanitaria de los niños hospitalizados debería basarse en los derechos de los niños, otorgándoles un rol protagonista tanto en la participación de toma de decisiones (en las que pueda participar) como en el derecho a recibir explicaciones e informaciones claras.

No debemos obviar que tal y como afirman algunos autores, la infancia es una etapa sensible llena de cambios físicos, emocionales y cognitivos. Por ello, los niños con enfermedades crónicas se enfrentan a tratamientos cuya duración se estima a largo plazo, desconectando de la inmediatez que exigen las enfermedades agudas y planteando intervenciones que “vayan encaminadas a optimizar la futura rehabilitación y readaptación del paciente” (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990, p.34).

Según Rodríguez (2007) el niño entiende la hospitalización y la enfermedad como un estímulo aparentemente decadente de estrés y de malestar sobrevenido, porque el niño no entiende por qué es separado de sus padres, de sus juguetes, de sus amigos. Si el niño es muy pequeño, tal y como afirma el autor, el niño no entiende qué es la enfermedad y el síndrome de hospitalismo, acuñado por Spitz en 1945 supone una serie de perturbaciones que deben de ser atendidas durante su periodo de ingreso desde el punto biológico, social y psicológico.

Resaltamos también las aportaciones de autores como Scher y Maysless (2000) quienes han sabido trasladar mediante sus investigaciones, que más allá del cuidado clínico necesario ante una patología, se debe tener en cuenta el sentimiento del menor ante el ingreso, focalizando la atención en ayudarlo en esta área. Debemos tener en cuenta, en opinión de los autores, que los menores hospitalizados deben pasar su primera noche lejos de su hogar y ello puede causar repercusiones psicológicas adversas si sus padres no pueden acompañarles. Además, el ambiente que rodea a los niños suele resultarles extraño, desde su habitación la cual no presenta juguetes ni objetos familiares, hasta los nuevos horarios y ritmos. También se aplican nuevas reglas desconocidas y aparecen y desaparecen personas que también lo resultan.

Atendemos en este punto a las fases del proceso de ingreso hospitalario donde autores como Ortiz (2001) y Muñoz (2013) destacan en sus trabajos las distintas fases por las que pasa un niño durante su hospitalización y que resumimos en las siguientes líneas.

En primer lugar, el niño se somete a la fase de admisión, la cual es un momento óptimo para ofrecer, según la opinión de Muñoz (2013) la información necesaria sobre los procedimientos médicos y sobre el tratamiento, adaptando siempre la información a la edad del paciente. Debemos tener en cuenta en este momento, que desde la comunicación del diagnóstico médico previo, suelen aparecer tanto en el menor como en los familiares niveles de ansiedad causados por el desconocimiento de lo que la enfermedad y su hospitalización conlleva. Por ello, desde el momento de la comunicación del diagnóstico los pacientes pediátricos y sus familiares suelen manifestar alteraciones que dependen siempre tanto de factores personales como ambientales. Autores como Sierrasesúмага (1996) coinciden con estas aportaciones.

La segunda fase a la que haremos referencia es la fase de estancia. En esta fase, es donde se producen los tratamientos médicos y suele caracterizarse por la separación del niño de sus padres y hermanos. El niño en este momento pasa a depender de los profesionales de la salud encargados de su tratamiento y dichos profesionales son quienes darán respuesta a las necesidades que los niños vayan presentando. Es muy importante en esta fase ofrecer una atención multidisciplinar, ya que se debe contemplar el apoyo a las carencias afectivas que el niño vaya experimentando, la atención educativa ante la pérdida escolar, el proceso de adaptación al hospital y la preparación del menor para su reincorporación a su medio escolar, familiar y social.

La tercera fase a la que se enfrentan los pacientes hospitalizados es la fase de alta médica. Esta fase es considerada por varios autores como una fase que requiere especial atención puesto que la salida del hospital puede suponer al paciente la presencia de inquietudes y angustia derivadas de las secuelas emocionales, físicas, sociales y/o académicas que la enfermedad y su tratamiento han podido causar en el paciente (Ortiz, 2001).

A tenor de lo citado, Sierrasés (1996) insiste que en la fase de regreso a casa es necesario restablecer la dinámica familiar que era normal antes del ingreso y el niño debe de recuperar las costumbres, hábitos y normas habituales, siempre en la medida de lo posible y evitando la sobreprotección. En esta fase también se debe contemplar la vuelta al colegio y es fundamental que los profesores estén informados acerca de la enfermedad y del plan terapéutico existente, con la intención de optimizar el reingreso del niño en su contexto escolar. Así mismo tiene especial relevancia el papel de los compañeros de clase, los cuales, muy probablemente preguntarán al niño por su enfermedad y su tratamiento. Por ello el niño que ha estado enfermo debe ser consciente de que sus compañeros le harán preguntas y debemos prepararlo para responderlas.

De acuerdo con Sierrasesúmaga (1996), González, Macías y García (2002) consideran que la reincorporación del alumno a su vida cotidiana tras el ingreso hospitalario, es un momento al que se le debe prestar especial atención, pues si no se han cuidado los lazos existentes entre el niño y su entorno vital durante el tiempo en el que el niño ha permanecido hospitalizado, la vuelta a la rutina puede ocasionar miedos o incluso rechazo en el menor.

Para finalizar con esta aproximación a la hospitalización, autores como De Paz (1997) citado en González-Gil y Jenaro (2007, p.240) entienden que la enfermedad

supone una alteración más o menos grave de la salud del niño (es decir, una pérdida transitoria o permanente de su bienestar físico, psíquico, mental y social), al que esta situación le coloca en un estado a partir del cual sus reacciones pueden ser diversas: mayor agresividad, dificultades en los contactos sociales y problemas con los tratamientos.

Conviene subrayar que en el capítulo dos de la presente tesis doctoral analizaremos detenidamente tanto las consecuencias que la hospitalización infantil tiene sobre el menor hospitalizado, como las alteraciones que de ella se derivan, sin obviar las necesidades que acarrea tanto la aparición de la enfermedad como el ingreso hospitalario de un niño. Pero antes de ello, pasamos a estudiar en el apartado siguiente, los documentos que han regulado la defensa de los derechos de los niños a lo largo de la historia reciente.

### 1.3 Derechos de los niños hospitalizados

En el presente apartado de la tesis vamos a referirnos a los derechos de los niños, adentrándonos en los derechos de los niños hospitalizados y haciendo especial hincapié en derecho a la educación de los niños que deben permanecer ingresados en hospitales.

El primer autor que queremos destacar es Spitz, quien en 1945 abanderó la defensa de los derechos de los niños denunciando las consecuencias negativas que tenían sobre los menores los procesos de hospitalización. Pero han sido muchos los defensores de los derechos de los menores y también han sido muchos los documentos que han intentado legislar a favor de la defensa de los derechos de los niños.

En palabras de Serradas (2008, pp.59-60) “los derechos de los niños hospitalizados, así como el fomento y defensa de estos derechos dentro de las instituciones hospitalarias, es un área de interés creciente para las personas que se dedican a la atención de los pequeños pacientes hospitalizados en favor de su calidad de vida”. Siguiendo la misma línea, la autora defiende que

los derechos del niño tienen aplicación en todos los espacios donde se desarrolla la vida de los menores, con mayor razón en el interior de las entidades destinadas a su bienestar, como es el caso de los hospitales, donde la vida es el eje del quehacer cotidiano. Preocupa, sin embargo, el que niños que ingresan a los hospitales por un determinado problema de salud, superen este problema, pero queden en algunos de ellos temores, ansiedades, retrasos del desarrollo y otras repercusiones negativas. De allí surge la pregunta sobre lo que pasa en su interior, con miras no solo a calificar el pasado o a evaluar el presente, sino a proyectar un futuro donde los derechos del niño sean un marco referencial permanente para las personas que trabajan por su salud, y las instituciones sean líderes y modelo para la comunidad en general, en la aplicación y cumplimiento de estos Derechos.

Pero de acuerdo con la opinión de la autora, de nada sirve que los derechos de los niños queden recogidos en declaraciones, documentos legislativos o tratados, si después no hay personas que velen por su defensa. En palabras de Serradas (2008, p.60)

no es suficiente con que se proclamen preciosas Declaraciones y se elaboren documentos desde las reformas sociales que ellos contienen, si las personas no los leen y si los miembros de la sociedad no se incorporan a una lucha que tiene como impulso básico el propio convencimiento de los miembros de la comunidad sobre la importancia de los beneficios que se lograrán con la puesta en práctica de los contenidos de tales declaraciones y documentos.

Y es que, tal y como defienden Peirats y Granados (2015, p.188) “la educación del niño debe garantizarse en cualquier contexto en el que transcurra su vida, siendo necesario proporcionarle una enseñanza global y sistémica”.

Llegados a este punto consideramos necesario hacer mención a los documentos que han recogido a lo largo de la historia reciente los derechos de los niños hospitalizados.

**Tabla 6**

*Documentos que han regulado los derechos de los niños*

<b>Organismo</b>	<b>Año</b>	<b>Documento</b>
Save the children	1924	Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños.
Asamblea general ONU	1948	Declaración de los derechos Humanos.
Asamblea general ONU	1959	Declaración Universal de los Derechos de los niños.
National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH	1986	Carta Europea de los niños hospitalizados.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 6***Continuación*

<b>Organismo</b>	<b>Año</b>	<b>Documento</b>
European Association for Children in Hospital	1988	Carta EACH.
Convención Internacional de los Derechos de los niños	1989	Tratado del derecho a la protección de los niños.
Hospital Organization of Pedagogues in Europe	2000	Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes enfermos.
Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados	2009/2013	Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el caribe en el ámbito de la educación.
Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados	2015	Ley marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América latina y el caribe.

La Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño, aprobada en 1924, fue el primer texto histórico que recogió los derechos específicos de los niños así como las obligaciones y deberes que los adultos tienen con respecto a ellos y a su bienestar.

Su propulsora fue la profesora y activista social británica Eglantyne Jebb, quien después de la I Guerra Mundial advirtió la necesidad de proteger de un modo especial a los niños y niñas afectados por la guerra. Junto con su hermana, la también activista Dorothy Frances Buxton, fundaron en el año 1919 la Organización Save the Children y defendieron que los derechos de los niños y niñas debía de ir más allá de la mera beneficencia. En la **Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños de**

**1924** no se llegaron a recoger los derechos civiles de los menores, únicamente se hizo mención a los derechos sociales y los artículos que contiene dicha declaración son:

1. El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual.
2. El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y abandonado debe ser recogido y ayudado.
3. El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
4. El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier explotación.
5. El niño debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo.

Una vez finalizada la II Guerra Mundial, se fundó en el año 1945 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual sigue siendo hoy en día la mayor organización internacional que existe. La ONU puede definirse como la asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como la paz y la seguridad, los asuntos humanitarios, el Derecho Internacional, el desarrollo social y económico y los derechos humanos.

Tres años después de la creación de la ONU, la Asamblea general del citado organismo proclamó en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948 la **Declaración de los Derechos Humanos**, la cual establece:

Los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona, a la libertad de expresión, a no ser esclavizados, a un juicio justo y a la igualdad ante la ley. También a la libertad de circulación, a una nacionalidad, a contraer matrimonio y fundar una familia así como a un trabajo y a un salario igualitario.

No fue hasta el año 1959, momento en el que la Asamblea General de las Naciones Unidas, viendo las deficiencias que presentaba la primera Declaración Ginebra de los Derechos del Niño de 1924, aprobó una segunda declaración. En este caso, se redactó la Declaración Universal de los Derechos de los Niños, tratado

internacional aprobado en 1959 por todos los estados que en ese momento componían la Organización de Naciones Unidas. En este caso, la **Declaración Universal de los Derechos de los niños de 1959** recoge 10 principios, 5 más que la Declaración de Ginebra y se resumen en las siguientes líneas:

1. El derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad.
2. El derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social del niño.
3. El derecho a un nombre y a una nacionalidad desde su nacimiento.
4. El derecho a una alimentación, vivienda y atención médicos adecuados.
5. El derecho a una educación y a un tratamiento especial para aquellos niños que sufren alguna discapacidad mental o física.
6. El derecho a la comprensión y al amor de los padres y de la sociedad.
7. El derecho a actividades recreativas y a una educación gratuita.
8. El derecho a estar entre los primeros en recibir ayuda en cualquier circunstancia.
9. El derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación.
10. El derecho a ser criado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos y hermandad universal.

Yendo un paso adelante y concretando la regulación de los derechos de los niños, nos encontramos con la National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH, la cual fue fundada en el año 1961 y pretendió dar alcance a una serie de objetivos planteados a favor de la atención de los niños hospitalizados:

Los niños no deben de ser separados de sus padres.

Los hospitales tienen, por tanto, que ofertar facilidades para permitir a los padres permanecer con sus hijos tanto de día, como de noche;

Los niños deben de estar al cuidado de un personal debidamente formado, capaz de atender a sus necesidades;

A todo niño hospitalizado hay que ofrecerle actividades educativas y lúdicas.

Resaltamos el tercer objetivo de la NAWCH, ya que enmarca el objetivo del presente trabajo de investigación: analizar cuáles son las características y necesidades que presentan los niños hospitalizados, con la intención de dar una respuesta educativa eficaz a dichos menores basada en la adquisición de las

competencias necesarias por parte de los docentes hospitalarios. Siguiendo con los derechos de los niños hospitalizados, en necesario hacer mención a la carta que la National Association for the Welfare of Children in Hospital publicó en el año 1984 y que fue enviada al Parlamento Europeo. Tal y como señala Lizasoain (2005, p.189)

El Parlamento Europeo, en su sesión del 11 de febrero de 1985, remitió una propuesta de resolución sobre una carta de los derechos de los niños hospitalizados a la Comisión de medio ambiente, salud pública y protección del consumidor, para su examen a fondo. Esta propuesta también fue revisada por la Comisión de asuntos jurídicos y derechos cívicos y por la Comisión de juventud, cultura, educación, información y deporte, con la intención de recabar opiniones sobre este tema. No fue hasta el 18 de marzo de 1986, día en el que se adoptó por unanimidad, el conjunto de propuesta de resolución, la aprobación de la misma. En ese momento, el presidente del Parlamento europeo transmitió esta resolución al Consejo de Europa, a la UNICEF y a la OMS, depositándose el dictamen el 2 de abril de 1986.

Posterior a esta primera Carta de los derechos del niño hospitalizado, se aprobó el Leiden (Holanda) en 1988, lo que inicialmente se llamó la “Carta Leiden” y que posteriormente fue llamada la **Carta EACH (European Association for Children in Hospital)** que, basándose en la anterior, resume los derechos del niño hospitalizado en 10 puntos. A continuación se presentan los derechos que recoge la Carta EACH.

Artículo 1. Solo se ingresará a los niños en hospitales si los cuidados que precisan no pueden ser igualmente proporcionados en casa o durante el día.

Artículo 2. En el hospital, los niños tendrán derecho a tener a sus padres o a un sustituto de éstos con ellos en todo momento.

Artículo 3. Se debería ofrecer alojamiento a todos los padres y se les debería ayudar y animar a que se queden. Los padres no deberían tener que incurrir en gastos adicionales ni sufrir una pérdida de ingresos. Para compartir el cuidado de sus hijos, los padres deberían de ser informados sobre la rutina de la sala del hospital y su participación activa debería de ser fomentada.

Artículo 4. Los niños y los padres tendrán el derecho a ser informados de forma apropiada a su edad y entendimiento. Deberían tomarse medidas para mitigar el estrés físico y emocional.

Artículo 5. Los niños y los padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones relativas a su asistencia sanitaria. Deberá protegerse a cada niño de tratamientos médicos e investigaciones innecesarias.

Artículo 6. Se asistirá a los niños junto con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y no serán ingresados en salas de adultos. No debería haber restricciones de edad en los visitantes de los niños en los hospitales.

Artículo 7. Los niños tendrán total posibilidad de juego, diversión y educación adaptado a su edad y estado, y estarán en un entorno diseñado, amueblado, equipado y con personal que cubra sus necesidades.

Artículo 8. Los niños serán asistidos por personal cuya formación y aptitudes les permitan responder a las necesidades físicas, emocionales y de desarrollo de los niños y sus familias.

Artículo 9. Debería asegurarse la continuidad en la asistencia por el equipo que asiste a los niños.

Artículo 10. Los niños serán tratados con tacto y comprensión y se respetará su intimidad en todo momento.

En este mismo año, tal y como cita Lizasoáin (2005, p.192), tiene lugar en Eslovenia el primer Seminario europeo sobre “la educación del niño hospitalizado”.

Este seminario fue patrocinado por la UNESCO y la OMS. A tenor de este primer encuentro se establecieron lazos entre diversos profesionales del ámbito de la educación (profesores y pedagogos) y ello desembocó en la creación de la Organización Europea de Pedagogos Hospitalarios (HOPE: Hospital Organization of Pedagogues in Europe).

Siguiendo con el orden cronológico de los documentos que regulan los derechos de los niños, en el año 1989 nos encontramos con la creación de la Convención Internacional de los Derechos de los Niños. La citada convención es el tratado de la ONU que pone de manifiesto que los niños tienen los mismos derechos que los adultos y que por no haber alcanzado el pleno desarrollo mental y físico, los niños requieren de una protección especial. Se redacta en ese momento el **Tratado del Derecho a la protección de los niños**, el cual está compuesto por un conjunto de normas que velan por la protección de los derechos culturales, civiles, políticos y económicos de los menores, que quedan plasmados en 54 artículos.

Posteriormente, en 1992, tiene lugar el segundo congreso en Viena de la HOPE y en julio de 1994, se publican los estatutos en Bruselas. En 1995, la

asociación elabora en Copenhague los proyectos futuros y se abre hacia el exterior. En mayo de 1996, en el transcurso del tercer congreso celebrado en Uppsala (Suecia), la primera asamblea general aprueba los estatutos de la asociación y organiza los primeros intercambios bajo el lema: “¿Qué se enseña en el hospital?”

En octubre de 1998, las “Jornadas Europeas” organizadas en París, permiten a los miembros de la asociación intercambiar sus métodos de trabajo, informar sobre las actividades llevadas a cabo después de 1996 y comentar los primeros resultados de las escuelas hospitalarias en Europa.

No es hasta Mayo del año 2000 cuando la HOPE presenta en su IV Congreso y bajo el título “*Trabajemos por los derechos de los niños enfermos*”, una **Carta Europea sobre el derecho a la atención educativa de los Niños y Adolescentes enfermos**. La mencionada carta recoge los siguientes puntos:

1. Todo niño enfermo tiene derecho a recibir atención educativa en el hospital y en su domicilio.
2. El objetivo de esta educación es asegurar la continuación de su enseñanza escolar con el fin de mantener su rol de alumno.
3. La enseñanza escolar crea una comunidad de niños y normaliza sus vidas. La atención educativa se organizará de manera grupal o individual, tanto en el aula como en las habitaciones.
4. La atención educativa en el hospital y a domicilio deberá adaptarse a las necesidades y capacidades de cada niño en conexión con su colegio de referencia.
5. El contexto de aprendizaje estará adaptado a las necesidades del niño enfermo. Las nuevas tecnologías de la comunicación servirán también para evitar su aislamiento.
6. Deberán utilizarse gran variedad de metodologías y recursos de aprendizaje. La enseñanza sobrepasará el contenido específico del currículo ordinario, incluyendo temas relacionados con las necesidades específicas derivadas de la enfermedad y de la hospitalización.
7. La atención educativa en el hospital y a 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 enfermo, actuando como vínculo de unión entre éste y su colegio de referencia.

9. Los padres serán informados sobre el derecho de sus hijos a recibir atención educativa y acerca del programa seguido. Serán considerados como parte activa y responsable del mismo.
10. La integridad del niño será respetada, incluyendo el secreto profesional y el respeto a sus convicciones.

Siguiendo con el estudio de la regulación de los derechos de los niños hospitalizados, nos encontramos en los años 2009 y 2015 con dos documentos de sumo interés los cuales, promovidos por la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados, apuestan por la defensa de los mismos. El primer documento al que haremos referencia es la **Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe** en el ámbito de la educación. Esta Declaración fue presentada en Río de Janeiro el 9 de septiembre de 2009 ante la Asamblea General de la REDLACEH y fue validada el 22 de noviembre de 2013 en durante la celebración de la XIX reunión de la Comisión de educación, cultura, ciencia, tecnología y comunicación del parlamento latinoamericano. En la citada Declaración se especifica el derecho a recibir educación, mientras exista situación de hospitalización, tratamiento ambulatorio o situación de enfermedad, durante toda la vida y desde el nacimiento. Tal y como adjuntamos a continuación, aparecen reflejados en la misma 12 artículos que resumimos a continuación:

1. Derecho a que los países establezcan y desarrollen la normativa necesaria para hacer efectiva la atención educativa, implementando las políticas pertinentes al efecto.
2. Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atienden sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud.
3. Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos, y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit.
4. Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares adecuados, accesibles, debidamente implementados, que respondan a las tendencias educativas vigentes.
5. Derecho a que su familia sea informada de la existencia de las Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias y de su posibilidad de continuar su proceso de aprendizaje.

6. Derecho a recibir educación en el lugar donde éste se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria.
7. Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su condición de salud lo justifique.
8. Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad del retorno a éste una vez recuperada la salud.
9. Derecho a recibir la visita de sus compañeros de curso y de establecimiento de origen, para mantener su pertenencia y su vinculación con su establecimiento educacional de origen.
10. Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio sean reconocidos por los organismos públicos educacionales y posibiliten la promoción escolar.
11. Derecho a que los adultos no interpongan ningún tipo de interés o convivencia personal, sea político, religioso, social, económico, o de cualquier naturaleza, que impidan, perturben, menoscaben u obstaculicen su legítimo acceso a la Educación durante su hospitalización o tratamiento médico ambulatorio.
12. Derecho a que los adultos no interpongan ningún tipo de interés o convivencia personal, sea político, religioso, social, económico, o de cualquier naturaleza, que impidan, perturben, menoscaben u obstaculicen su legítimo acceso a la Educación durante su hospitalización o tratamiento médico ambulatorio.

Para finalizar con la revisión de todos los documentos que han regulada la defensa de los derechos de los niños, hacemos una breve mención a la **Ley marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe** aprobada en la XXX asamblea ordinaria del Parlamento Latinoamericano celebrada en mayo de 2015, en ciudad de Panamá, la cual dota de seguridad jurídica a la atención educativa de los alumnos enfermos y/u hospitalizados. A pesar de los esfuerzos colectivos por velar por los derechos de los niños hospitalizados, en palabras de Lizasoáin (2000, p.125)

la hospitalización infantil suele incumplir en Europa algunos de los consejos de estas cartas europeas sobre los derechos del niño hospitalizado. No obstante, y gracias a ellas, son muchos los progresos conseguidos. No cabe duda de que suponen un importante punto de partida y de referencia para impulsar las actuaciones en favor de los niños enfermos hospitalizados, tanto desde instancias políticas y sociales, como médicas y educativas.

No quisiéramos terminar este apartado referido a la defensa de los derechos de los niños, sin destacar las aportaciones de Castro (2005, p.79), quien nos plantea un interesante debate acerca de los dos postulados entre los que se aborda la problemática de la infancia, situando el foco entre quienes consideran que los derechos de la infancia se protegen a través de la normativización de los mismos, frente a quienes consideran que los niños deben de ser protegidos desde las necesidades y urgencias del día a día, porque “la aplicación generalizada de un dispositivo legal no garantiza, necesariamente, el cumplimiento de los principios que inspiran ese dispositivo”. Vemos en esta postura de Castro (2005) un paralelismo con la opinión de Serradas (2008) quien también aporta en su discurso la idea de que el mero hecho de formular propuestas que queden plasmadas en declaraciones y documentos, no garantiza la defensa de su contenido.

## 1.4 Legislación en materia de atención educativa durante la hospitalización

### 1.4.1 Legislación nacional

La atención educativa de los niños hospitalizados en nuestro país y su regulación es relativamente reciente. Atendiendo a las aportaciones de Guillén y Mejía (2002), García Álvarez (2010) y Violant, Molina y Pastor (2011), entre otros, detallamos a continuación la evolución legislativa que la atención educativa niños enfermos y/y hospitalizados ha tenido en nuestro país.

La primera normativa que recogió y legisló la necesidad de atender educativamente a los niños que eran ingresados en los hospitales del ámbito nacional data 1982. **La ley 13/1982 de 7 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos** estableció en su artículo 29 que:

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.

Un año más tarde, se publicó el **Decreto 1174/1983 de 27 de abril sobre Educación Compensatoria**, el cual propuso desarrollar programas de educación compensatoria destinados a aquellos grupos poblacionales que requirieran una atención educativa diferente derivada de unas características singulares.

En 1985, se publicó el **Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial**, donde se estableció en su disposición segunda que:

1. Las Administraciones Educativas podrán concertar con las instituciones sanitarias públicas, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellas que tengan servicios pediátricos permanentes, el establecimiento de 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.

Prosiguiendo con la revisión de los estudios revisado, destacamos que en el año 1990, la **Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo** incidió de nuevo en la atención de los niños que por diferentes motivos pudieran verse perjudicados en el ámbito educativo y se impulsó la educación compensatoria. Para ello se estableció en su Título V, Artículo 63, que:

1. Los poderes públicos desarrollarán las acciones de carácter compensatorio con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situación desfavorable.
2. Las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten las desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole.

Por su parte, el **Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales**, estableció en el artículo 3.6 que:

El Ministerio de Educación y Cultura 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.

Autores como Guillén y Mejía (2002) citan también el **Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación**, el cual, en su capítulo III, sección 2ª, establece:

Art. 18.1. El alumnado hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo.

Art. 18.2. Excepcionalmente, cuando no pueda asistir a un centro educativo por permanencia obligada en el domicilio por prescripción facultativa, podrá matricularse en la modalidad de educación a distancia.

Art. 19.1. El Ministerio de Educación y Cultura 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 de escolares de apoyo.

Art. 20.2. El Ministerio de Educación podrá formalizar convenios con entidades públicas y asociaciones con ánimo de lucro para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria dirigidos al alumnado con permanencia prolongada en su domicilio por prescripción facultativa.

En este mismo año, encontramos la **Circular del 12/11/1996 de la Dirección Nacional de Centros Educativos, que establece los criterios generales para la organización de las actuaciones dirigidas a la atención de los alumnos hospitalizados y convalecientes**. Los objetivos que destaca son:

- Proporcionar atención educativa a los niños hospitalizados.
- Favorecer la continuidad del proceso aprendizaje.
- Favorecer las relaciones socio-afectivas de los niños hospitalizados.
- Fomentar la utilización del tiempo libre y de ocio en el hospital.

En el año 1998, el Ministerio de Educación y Cultura, junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Salud, firmaron un Convenio con fecha 18 de Mayo que sentaba las bases y la política compensatoria destinada a resolver la escolarización de los niños convalecientes o ingresados en centros hospitalarios, de tal forma que esa circunstancia no supusiera un obstáculo para su formación educativa, defendiendo con ello los derechos del niño hospitalizado.

El convenio fijaba que las Unidades Escolares de Apoyo de los hospitales estarían atendidas por maestros funcionarios del Ministerio de Educación y Ciencia

que, coordinados con las instituciones hospitalarias, garantizarían la continuidad del proceso educativo de los niños.

Por su parte, el Instituto Nacional de la Salud, adquirió el compromiso de habilitar dentro de los centros hospitalarios los espacios suficientes para el funcionamiento de las unidades escolares, asumir los gastos derivados de las infraestructuras, mantenimiento y conservación de su equipamiento, así como de la dotación de equipos informáticos y audiovisuales.

Se fijó en el convenio, que la dotación, tanto económica como de recursos humanos, estaría propuesta en función del número de camas pediátricas de las que disponía cada hospital.

Pasamos a detallar en este momento como la **Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación** recoge la atención educativa de los niños hospitalizados. Tras la lectura y análisis de la misma, afirmamos que no se menciona de forma expresa la atención en las aulas hospitalarias, a pesar de que la LOCE dedica su Capítulo VII, título I, a la atención a los alumnos con necesidades educativas específicas. Debemos entender por tanto, que podría incluirse en la Sección 1ª, destinada a la regularización de los principios y recursos necesarios para alcanzar la igualdad de oportunidades. En ella se dice de forma expresa que:

Los poderes públicos deberán desarrollar las acciones necesarias y aportar los recursos que permitan compensar los efectos de situaciones de desventaja social que pongan obstáculos a la consecución de los objetivos educativos.

**La Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo de Educación**, establece en su título II, capítulo II, 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 encuentren en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ello.

Según la **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa**, en su apartado de Equidad en la Educación, Capítulo II “Compensación de las desigualdades en educación”, especificado en el Artículo 80 “Principios” se explican los siguientes aspectos a considerar:

1. 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. Corresponde al Estado y a las Comunidades Autónomas en sus respectivos ámbitos de competencia fijar sus objetivos prioritarios de educación compensatoria.

#### **1.4.2 Legislación autonómica**

En la Comunidad Valenciana nos encontramos actualmente con tres documentos que regulan la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa y los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria, así como la regulación del funcionamiento de las mismas.

Hablamos primeramente de la **Orden de 4 de julio de 2001, de la Consellería de Cultura y Educación por la que se regula la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa**.

En su apartado segundo se especifica:

En el apéndice g) que aquellos niños sometidos al internamiento en hospitales o en hospitalización domiciliaria de larga duración por prescripción facultativa, entre otros, se consideran alumnos con necesidades de compensación educativa.

Siguiendo con el colectivo de niños hospitalizados, la presente orden especifica en su apartado quinto:

Apéndice e) que se propondrán actuaciones hospitalarias y domiciliarias destinadas a evitar un detrimento en el aprendizaje de los niños enfermos, siempre que el internamiento en el hospital o en su propio domicilio sea por un periodo de larga duración y el apartado trece recoge los objetivos básicos que deberán tener las actuaciones de compensación educativa dirigidas a los niños hospitalizados o convalecientes en sus propios domicilios.

Por otro lado y refiriéndonos a la regulación de la atención educativa en las Unidades Pedagógicas hospitalarias en la Comunidad Valenciana nos encontramos con la **Orden de 21 de Noviembre de 2006 de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, por la que determinan los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria del alumnado que requiera compensación educativa en educación primaria y secundaria obligatoria**. En esta orden se establece el objeto de las unidades educativas hospitalarias, los recursos personales de dichas unidades así como la jornada laboral del profesorado que las atiende. En ningún momento se hace referencia en este documento a las competencias específicas de formación que deberían poseer los docentes que trabajan en ellas, únicamente en su art. 2:

Recursos personales en la unidad docente hospitalaria, se establece que: la plantilla de cada unidad educativa hospitalaria será cubierta por funcionarios pertenecientes a los cuerpos de maestros y de profesores de enseñanza secundaria. Los puestos de trabajo de catálogo de dichas plantillas se proveerán mediante el sistema ordinario de provisión.

En tercer lugar, analizamos la instrucción de **22 de septiembre de 2015, de la Dirección general de política educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016**. Esta instrucción específica que:

Todo alumno que se encuentre hospitalizado de forma temporal y ello implique una asistencia irregular a su centro educativo requiere una respuesta que garantice su derecho a una educación de calidad en las mismas condiciones que el resto del alumnado.

Así mismo, la instrucción especifica que la atención educativa de estos menores está cubierta durante el curso 2015/2016 en 15 centros hospitalarios

públicos de la Comunidad Valenciana, a través de las correspondientes Unidades Pedagógicas Hospitalarias.

Atendiendo a la estructura de la instrucción citada, vamos a resaltar en el presente apartado aquellos aspectos que mayor relevancia tengan para ofrecer una visión general de la regulación del funcionamiento de las UPH en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

En cuanto a los destinatarios, se regula que las Unidades Pedagógicas Hospitalarias:

proporcionarán atención educativa al alumnado hospitalizado que se encuentren en edad de escolarización obligatoria y al alumnado de segundo ciclo de Educación Infantil prioritariamente que presente patología de larga duración o crónica. Si la disponibilidad horaria del profesorado lo permite, y teniendo en cuenta la priorización establecida en el apartado tercero de la instrucción (el cual reflejaremos en las próximas líneas) se proporcionará atención educativa al resto de alumnado de etapas educativas no obligatorias.

Precisamente se contempla en este apartado que los alumnos atendidos en las UPH continuarán escolarizados a todos los efectos en sus centros de referencia. Este punto sustenta, en nuestra opinión, que la Pedagogía Hospitalaria es materia de interés para cuantos profesionales de la educación están en contacto con el menor hospitalizado.

Lo citado pone de manifiesto que los alumnos que estén hospitalizados en etapas no obligatorias, solo serán atendidos educativamente en base a la buena voluntad y disponibilidad horaria de los docentes hospitalarios.

El segundo apartado de la instrucción de 22 de septiembre de 2015, de la Dirección general de política educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016 fija entre sus objetivos:

- activar y proporcionar una atención educativa adecuada a las necesidades, en que coordinación con los centros educativos que escolarizan al alumnado hospitalizado, y si es el caso, con los y las docentes que intervienen en el ámbito domiciliario.
- desarrollar la programación educativa elaborada por el centro de referencia de modo que se garantice la continuidad del proceso educativo del alumno y se prevenga el desfase escolar que puede venir sobrevenido de su situación.
- favorecer que el alumno mantenga la vinculación con su colegio fundamentalmente a través de las TIC.
- establecer los cauces de comunicación pertinentes entre todos los profesionales que atienden al alumno, (médicos, personal sanitario, profesores del centro de referencia, dirección, tutores y profesores de atención domiciliaria).
- fomentar la optimización del tiempo libre dentro del hospital mediante actividades lúdicas y de ocio en coordinación con asociaciones, otros profesionales, o entidades sin ánimo de lucro.
- contribuir, junto con el profesorado del centro y los profesores de atención domiciliaria, si es el caso, a facilitar la reincorporación del alumno a su centro de referencia.

Con respecto a la organización y funcionamiento, destacamos que los docentes deberán coordinarse con los equipos sanitarios para realizar una valoración diaria de los nuevos ingresos con el objetivo de conocer la edad, la patología y la duración prevista de la hospitalización. Se regula también que debe de iniciarse en los primeros días el contacto con la familia para iniciar, si procede, la comunicación con centro de referencia.

La citada instrucción también establece que la comunicación de incorporación a la UPH a los centros de referencia se realizará cuando la previsión de hospitalización sea superior a 3 semanas, continuas o alternativas. Cuando el periodo de ingreso supere estas tres semanas, se elaborará por parte de los maestros hospitalarios un informe de seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas destinado a los centros de referencia. En relación a la planificación del trabajo, esta podrá revisarse diaria o semanalmente en función de las necesidades del alumnado.

En este tercer apartado también cabe destacar que la atención educativa de los niños hospitalizados se podrá realizar en la unidad pedagógica o en la habitación del niño, en los casos en los que sea imposible desplazarse hasta la unidad.

Avanzando en el análisis de la instrucción, el apartado cuarto regula los aspectos relacionados con la coordinación de las unidades, estableciendo que se nombrará a un inspector de educación por provincia quien realizará las funciones de coordinación, existiendo igualmente en aquellas provincias que existan entre 3 y 7 UPH un coordinador responsable designado por la Dirección Territorial correspondiente.

Refiriéndonos en este punto al resto de apartados, destacamos que se observa una mayor especificación con respecto a las instrucciones anteriores, encontrado en la actualidad una regulación mucho más completa. En la instrucción que nos ocupa, aparecen reflejadas tanto las funciones de los coordinadores como de los docentes, aspecto que nos resulta de suma importancia ya que al tratarse de un contexto en el que en muchos de los casos únicamente hay un docente por aula, contar con una normativa que establezca los procedimientos, funciones, horarios, etc. Puede facilitar la incorporación de los profesionales a este contexto educativo.

Para finalizar con el análisis de la presente instrucción hacemos especial hincapié en lo establecido en el apartado noveno, donde se especifica que:

El Servicio de Evaluación y Estudios trasladará al servicio competente en materia de Formación del Profesorado, la propuesta de la comisión coordinadora de las UPH, para la realización de diferentes acciones formativas sobre temas de interés de los docentes que prestan servicios en las UPH.

En las conclusiones de la presente tesis doctoral ofreceremos los datos relativos a la formación específica recibida por los maestros hospitalarios en la Comunidad Valenciana en los últimos años, así como nuestra propuesta de formación específica en base a los datos analizados.



## **CAPÍTULO 2. CONSECUENCIAS, ALTERACIONES Y NECESIDADES DERIVADAS DE LA ENFERMEDAD Y/U HOSPITALIZACIÓN INFANTIL**

En el capítulo que nos ocupa vamos a realizar, en primer lugar, una diferenciación entre las consecuencias que se derivan de la hospitalización infantil, frente a las derivadas del ingreso hospitalario. En segundo lugar, presentaremos los estudios más relevantes referidos a las alteraciones que conlleva para el menor la permanencia en un hospital así como las necesidades derivadas de la hospitalización infantil. Para terminar con el capítulo 2, haremos referencia a las repercusiones familiares derivadas de la enfermedad pediátrica.

### **2.1. Consecuencias derivadas de la enfermedad y/u hospitalización infantil**

Al disponernos a estudiar las consecuencias que sobre el menor puede tener la hospitalización, nos percatamos de que algunos autores estudiados para la elaboración del presente capítulo hacen referencia a las consecuencias que tiene sobre el niño la aparición de la enfermedad, y en cambio otros autores, hacen referencia en sus estudios a las consecuencias que tiene sobre el menor el ingreso hospitalario. Por este motivo, en nuestra tesis hemos decidido diferenciar ambos tipos de consecuencias con la intención de clarificar cuáles derivan del ingreso hospitalario y cuáles derivan de la aparición de la enfermedad pediátrica.

#### ***2.1.1 Consecuencias derivadas de la hospitalización infantil***

Cuando hablamos de las consecuencias que la hospitalización tiene sobre los menores, debemos nombrar las aportaciones de Spitz, (citado en Serradas, 2008) quien denunció las influencias lesivas que tenía sobre la salud mental de los mismos un proceso de hospitalización.

Desde entonces, el término hospitalismo pasó a ser estudiado desde el ámbito psicológico para denominar las consecuencias que conlleva la separación del niño de su entorno familiar al ser hospitalizado. Spitz consideró como aspecto esencial la no relación del niño con la madre afirmando que “el daño sufrido por el niño privado de su madre será proporcional al período en que transcurre esta privación y distingue las categorías o momentos de las enfermedades defectivas emocionales como: privación afectiva o depresión analítica y privación afectiva total que la denomina hospitalismo o institucionalismo” (Serradas, 2008, p.59). La autora destaca que Spitz señaló además que no existe una división entre estos dos síndromes sino que son contiguos, produciéndose una transición de uno a otro.

Consideramos fundamentales las aportaciones del citado autor ya que sus investigaciones resultan cruciales para la defensa de los derechos de los niños, puesto que el síndrome de hospitalismo, según el autor, no tiene únicamente repercusiones psicológicas en los niños sino que la separación de los pacientes pediátricos de sus familiares puede conllevar el agravamiento de la enfermedad, llegando a producirse, por tanto, un empeoramiento en la salud del niño.

De acuerdo con Spitz encontramos a Lizasoáin y Ochoa (2003) quienes afirman que el estado psicológico de un paciente puede influir, tanto positiva como negativamente, en la evolución de una enfermedad. Es más, en artículos posteriores, Lizasoáin (2007) afirma que existen dos factores de riesgo que inciden en la evolución clínica del paciente, tales como la separación del entorno familiar y el contacto con ambiente extraño y ello repercute no solo en la salud física y psíquica de los pacientes, sino que influye en la familia y en la readaptación del niño una vez obtiene el alta médica.

Incluso en el caso de la enfermedad pediátrica, Ochoa, Reparaz y Polaino-Lorente (1997) van un paso más allá y afirman que existen otros factores que pueden influir en el devenir de una enfermedad, tales como las expectativas, creencias e

ideas que los familiares del niño tengan sobre el origen, pronóstico y curso de la misma. Esto se debe a que el niño está fuertemente influenciado por sus padres y de ahí que se preste especial atención a estos.

Otros autores como Burke (citado en López de Dicastillo, 2003) centraron sus investigaciones en las consecuencias que tiene la separación del niño de su familia, sobre todo de la madre. Por su parte, Bowlby (1993, p.286) quien no debemos olvidar que fue el creador de la Teoría del Apego, afirma que “mientras el niño está en presencia de una figura de apego importante - o cerca de ella - se siente seguro. La amenaza de perderla le causa angustia, y su pérdida real un gran dolor. Además, ambas circunstancias pueden provocar su rabia”.

Así mismo, Bowlby (citado en Serradas, 2008, p.60) precisó que “la separación implica interferencia o rotura de los lazos afectivos que vinculan al pequeño a su cuidador más cercano, que es quien le surte sus satisfacciones más esenciales, y describió los tipos clínicos que la separación ocasiona de acuerdo a la duración de la misma y a la edad del niño”.

Por su parte, Luna (citado en Serradas, 2008, p.60) define el hospitalismo como “una serie de trastornos que sufre el niño internado como consecuencia de la carencia más o menos larga del clima familiar, que incluye la separación de la madre, la introducción en un ambiente extraño y la carencia de las relaciones afectivas propias del individuo”.

De acuerdo con los autores recientemente citados, el ingreso de un menor en un hospital supone la separación forzosa del menor de sus padres, al menos en los momentos en los que el niño debe de ser sometido a determinadas pruebas, y ello conlleva que aparezcan reacciones de ansiedad y angustia en el pequeño. En el momento en el que una enfermedad irrumpe en la vida de un niño y éste se ve obligado a ingresar en un hospital, todo su “mundo cambia” y se ve alejado de sus

amigos, rutinas, colegio, etc. A estas consecuencias debemos de sumar que un niño posee las competencias necesarias para saber desenvolverse en un contexto extraño. Tal y como afirma Serradas (2008, p.60) “el niño necesita ayuda profesional técnicamente competente, esto le impone otra carencia, ya que no sabe lo que es necesario hacer ni cómo hacerlo. El paciente pediátrico puede pasar por una serie de situaciones complejas de ajuste emocional, al igual que su familia”.

No debemos olvidar que tradicionalmente, los centros hospitalarios eran concebidos por la mayoría de publicaciones pediátricas como estructuras organizadas alrededor del trabajo del personal sanitario, descuidando aspectos como alteraciones psicopatológicas y trastornos derivados de la organización arquitectónica y organizativa que imperaba en los hospitales. Actualmente existen numerosas investigaciones que afirman que para que la hospitalización sea lo menos traumática posible se debe de intentar que los pacientes, especialmente los niños, lleven dentro del hospital una vida lo más parecida a la de su ambiente natural posible (Cárdenas y López, 2006).

La hospitalización supone, por tanto, la permanencia de una persona en un medio desconocido. Supone igualmente estar separado de la familia, la ruptura con la vida cotidiana, incertidumbre... y todo ello provoca en el paciente un deterioro emocional comúnmente asociado a una pérdida de autoestima. “El niño hospitalizado desayuna casi de noche y cena de día. Todo ha cambiado; el sueño, las comidas... El hospital muestra así un paréntesis en su vida” (Angulo, 2009, p.54).

En esta misma línea, encontramos a Ortigosa y Méndez (citados en Serrano y Prendes, 2011) quienes, tal y como avanzábamos en la aproximación conceptual a la hospitalización infantil, consideran que el ingreso hospitalario conlleva que el paciente experimenta una ruptura con lo que hasta ese momento venía siendo sus rutinas diarias, debe asumir una nueva realidad con nuevos horarios, ritmos y relaciones, así como debe someterse a pruebas médicas y tratamientos.

Cuando aparece una enfermedad que requiere hospitalización, se produce una ruptura del equilibrio que hasta el momento había sido una tónica en la vida del menor. No hay que olvidar, que la hospitalización supone el desarraigo del niño de sus contextos de referencia: la escuela y el hogar. A tenor de lo citado, autores como González-Gil y Jenaro (2007, p. 238) afirman que

La hospitalización de un niño supone un cambio radical en sus condiciones de vida y en las de su familia, en cuanto que implica asumir una serie de rutinas, normas y pautas de comportamiento diferentes a las habitualmente venía siguiendo. Todo ello unido a la angustia, ansiedad, estrés que implica el hecho de padecer una enfermedad o que la padezca un ser querido genera una situación sobre la que va a ser esencial una rápida intervención en todos los sentidos. Intervención que garantiza la base sólida para una mejor calidad de vida futura en los niños, en la medida en que se disminuyen los efectos que sobre el bienestar físico, y sobre todo emocional, producen la enfermedad y la hospitalización.

Siguiendo con las consecuencias que pueden derivar la hospitalización, Rodríguez Marín (citado en López, 2011) describe las siguientes:<sup>4</sup>

- Desfamiliarización (o extrañamiento tal y como apunta la autora). Hace referencia al ingreso del paciente en un medio que desconoce y del cual emanan emociones como el miedo.
- Ignorancia. En ocasiones el paciente no sabe o no puede expresar cómo se siente debido al sufrimiento padecido. Ello provoca en algunas ocasiones una falta de entendimiento con el paciente.

---

<sup>4</sup> A favor de los profesionales que desempeñan su trabajo en las instituciones hospitalarias cabe señalar que cada vez son más las acciones que tienen en cuenta la integridad física y psicológica de los pacientes y que las consecuencias negativas que puede tener un ingreso hospitalario son muy tenidas en cuenta por el personal sanitario y educativo que atiende a los pacientes, humanizando al máximo sus estancias hospitalarias.

- Limitación de la movilidad. La estancia en un hospital delimita el espacio en el que el paciente puede moverse. Ello supone que el enfermo deba aceptar un nuevo espacio físico.
- Pérdida de intimidad y privacidad. En la mayoría de hospitales públicos, las habitaciones son compartidas por dos pacientes a los que les suma las respectivas visitas familiares. En ese contexto no existen horas ni espacios privados, convirtiéndose en muchas ocasiones las necesidades de higiene y las funciones corporales en públicas. El personal sanitario tiene acceso a la habitación en cualquier momento y las circunstancias del paciente son conocidas, al menos, por todo el personal que lo atiende.
- Pérdida de control. Durante el ingreso hospitalario, el paciente pierde totalmente el control sobre los horarios y rutinas. Tal y como afirma la autora, las actividades están reglamentadas (horas de comida, aseo, descanso, visitas, etc.).
- Despersonalización. En muchos casos el paciente se convierte en un “objeto de asistencia” perdiendo sus atributos personales y llevando uniforme.
- Pérdida de la independencia. La persona hospitalizada pasa a depender forzosamente del personal de la institución.
- Información deficiente.

En relación a esta última consecuencia (la desinformación o información deficiente) nos parecen muy interesantes las aportaciones de Sierrasesúmaga (1996) quien considera que la comunicación médico - paciente es clave para la correcta relación entre ambos, sobre todo cuando la enfermedad está catalogada como grave o maligna. El autor defiende que para que la información sea adecuada, debe de reunir una serie de características, entre las que se destaca la veracidad. La información que le debe llegar al enfermo debe ser verdad, aunque ello no implica que el paciente deba saber “todo” lo que pueda conllevar un proceso determinado desde el primer momento. La información debe de facilitarse adecuándose a las distintas fases de la enfermedad, a la edad del paciente, etc.

La persona indicada para informar sobre el tratamiento al paciente y a sus familiares debe ser un médico que esté sobradamente preparado para transmitir la información de un modo claro y preciso procurando “que el enfermo sea consciente de su enfermedad, conociendo la parte de verdad que le ayude a superar el proceso” (Sierrasesúмага, 1996, p.54). Ahora bien, ¿Qué sucede cuando quien enferma es un niño? En estos casos, según el autor se debe diferenciar entre la información que se le da al propio niño y la información que se facilita a los familiares. El niño debe conocer lo que le está pasando y debe tener respuesta a todas sus preguntas. En opinión del autor “hablando con niños bien pequeños uno llega a sorprenderse de la capacidad que tienen de entender y asumir situaciones, por difíciles que sean. Nunca deben realizarse maniobras agresivas en un niño sin antes no haberlo pactado con él, sin antes haberle hecho comprender que es bueno para él”. En consonancia con el autor, López de Dicastillo (2003, p.169) afirma que “diversos estudios han relatado como los niños tienen conocimientos apurados de las causas de la enfermedad, consecuencias y tratamientos a una edad más temprana de lo que se creía en un principio”.

Acorde también con las aportaciones de Sierrasesúмага (1996) encontramos a Alguacil y Boqué (2015) quienes consideran que la comunicación es un aspecto clave del trabajo diario de los profesionales en el contexto hospitalario. Esto es debido que no solo se da el acto comunicativo entre médico y paciente, sino que los familiares requieren explicaciones y que se dé una atención óptima a la persona enferma, el personal médico debe obtener y transmitir la información de una forma precisa, los médicos han de recibir y ofrecer informaciones a los profesionales de la educación que están en contacto con el niño en el hospital y éstos deben de comunicarse tanto con los menores hospitalizados como con sus familias y centros de referencia.

Por todo ello, en palabras de las propias autoras “los cruces y enlaces entre todas estas personas son constantes y se producen en un contexto de gran

complejidad y sensibilidad, puesto que la estancia en un hospital constituye una experiencia particular en la trayectoria vital de las personas” (Alguacil y Boqué, 2015, p.150).

En esta línea, Noreña y Cibanal (2008) señalan que dentro de los principios de comunicación del sistema sanitario, se debe de trabajar por la creación de una forma cooperativa de comunicación que tenga sentido para los profesionales y el binomio niño-familia.

López de Dicastillo (2003) suma a las aportaciones de los autores anteriores una serie de claves para que la comunicación con los pequeños sea efectiva. Con respecto a la comunicación entre los profesionales y los niños, la autora recomienda honestidad, empatía, evitación de ciertas palabras que pueden ocasionar en el niño mayor malestar (cortar, pinchar, etc.) y alentarle a expresar sus sentimientos y preocupaciones así como tener en cuenta que un exceso de explicaciones puede no ser beneficioso según qué momentos.

Con respecto a la comunicación entre los profesionales y los padres, la ansiedad derivada de la nueva circunstancia puede aliviarse si los profesionales con comunicativos y comprensivos, suministrando la información teniendo en cuenta las preocupaciones, ideas y necesidades de los padres.

### ***2.1.2 Consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica***

Una vez expuestas brevemente las consecuencias que sobre el menor puede tener la hospitalización, presentamos en el apartado que nos ocupa las consecuencias que derivan directamente de la aparición de la enfermedad pediátrica. En este sentido, Polaino-Lorente (1996, p.37) destaca que la aparición de la enfermedad supone la quiebra de la continuidad en el sentido biográfico de la

persona que enferma. El autor añade en sus estudios que “la enfermedad sitúa a quien la padece en un plano de indefensión”.

Es por ello, por lo que la aparición de la enfermedad no supone únicamente un problema de salud. Es más, no somos conscientes de la vulnerabilidad del ser humano hasta que la enfermedad irrumpe en nuestras vidas (Weinstein, citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

Y es que las personas solemos planificar nuestra vida anticipándonos a los acontecimientos, pero cuando la enfermedad hace acto de presencia, los proyectos personales pueden verse truncados, total o parcialmente y por tanto “esa soltura vital de que se había gozado hasta ese instante se quiebra” (Polaino-Lorente, 1996, p.37). Y todo ello, supone en opinión del autor, una determinada pérdida de libertad en tanto en cuanto las elecciones quedan relegadas a terceros y la libertad pasa a ser una especie de libertad vigilada cuyos responsables son el propio paciente, los médicos, los familiares y los profesores de pedagogía hospitalaria.

Siguiendo con el autor, destacamos su reflexión acerca de la libertad del ser humano, en la que afirma que la aparición de la enfermedad conlleva en algunos pacientes una renaturalización del concepto de libertad que muy probablemente, de no haber aparecido la enfermedad, el paciente no se hubiera cuestionado. En este sentido, la persona que ha tenido una enfermedad puede llegar a ser consciente de que la libertad es relativa y a partir de ese momento, se puede optar por hacer un mejor uso de ella y estas reflexiones vitales pueden entenderse como aspecto positivo (si es que puede ser llamado así) de la irrupción de la enfermedad.

En este sentido, nos gustaría destacar también las aportaciones de Torralba (2000, p.17) quien afirma que la enfermedad puede ayudar a las personas “a encontrarse a sí misma, desvelar ciertas peculiaridades personales hasta entonces

ignoradas, descubrir sin claroscuros ni opacidades una nueva dimensión (acaso la más sincera y desconocida) de su intimidad”.

Para finalizar con las consecuencias de la enfermedad, y/u hospitalización, presentamos en la tabla 7 un resumen de las consecuencias derivadas de la hospitalización infantil y de la aparición de la enfermedad, que han sido destacadas por los autores estudiados hasta el momento.

**Tabla 7**

*Consecuencias derivadas de la hospitalización infantil y/o enfermedad pediátrica*

<b>Consecuencias</b>	<b>Estudios</b>
<b>Separación de los padres</b>	Spitz (1946); Serradas (2008); Angulo (2009); Hernández y Rabadán (2013); Sierrasesúмага (1996); Grau y Ortiz (2001); Bowly (1968); Luna (1978); Muñoz (2013); Hernández González (2009); Burke (1996); López de Dicastillo (2003).
<b>Ruptura con la vida cotidiana</b>	Angulo (2009); Hernández y Rabadán (2013); Sierrasesúмага (1996); Grau y Ortiz (2001); Polaino-Lorente (1996); González-Gil y Jenaro (2007); Ortigosa y Méndez (2000); Serrano y Prendes (2014);
<b>Permanencia en un medio desconocido</b>	Angulo (2009); Hernández y Rabadán (2013); Carrasco (2008); Luna (1978); Serradas (2008); Ortiz (2001); Hernández González (2009);
<b>Cambios de horarios y rutinas</b>	Angulo (2009); Luna (1978); Serradas (2008); Sher y Mayselless (2000); Ortigosa y Méndez (2000); Serrano y Prendes (2014);
<b>Reducción de la movilidad</b>	López (2011); Rodríguez Marín (1986)
<b>Ausencia de relaciones anteriores con el hospital</b>	Serradas et al. (2002); Grau y Ortiz (2001);
<b>Falta de asistencia al colegio</b>	Carrasco (2008); Grau y Ortiz (2001); Luna (1978); Serradas (2008); Muñoz (2013);

---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7

Continuación

Consecuencias	Estudios
<b>Aparición de necesidades educativas especiales</b>	Grau y Ortiz (2001); Polaino y Lizasoáin (1992); Grau (2011); Hernández González (2009)
<b>Sometimiento a pruebas</b>	Carrasco (2008); Ortigosa y Méndez (2000); Serrano y Prendes (2014);
<b>Desfamiliarización</b>	López (2011); Sher y Maysel (2000); Rodríguez Marín (1986)
<b>Pérdida de intimidad, autocontrol y autonomía y privacidad</b>	López (2011); Rodríguez Marín (1986); Violant, Cardone, Monsalve y Márquez (2012)
<b>Dificultades para expresar lo que se siente</b>	López (2011)
<b>Pérdida de independencia</b>	López (2011); Rodríguez Marín (1986) Sierrasesúмага (1996)
<b>Desinformación</b>	López (2011); Rodríguez Marín (1986); Sierrasesúмага (1996); Ortiz (2001);
<b>Pérdida de libertad</b>	Polaino – Lorente (1996); Sierrasesúмага (1996)
<b>Carencias afectivas, sociales y físicas</b>	Polaino y Lizasoáin (1992); Ortiz (2001) Luna (1978); Serradas (2008); Muñoz (2013);
<b>Cambios/secuelas físicas</b>	Rodríguez (2007); Grau (2011)
<b>Despersonalización</b>	López (2011); Rodríguez Marín (1986)
<b>Reducción en la calidad de vida</b>	González-Gil y Jenaro (2007); Polaino (1996)
<b>Fatiga, dolores y malestar</b>	Hernández González (2009); Lizasoáin (2003);
<b>Quiebra de la soltura vital</b>	Polaino-Lorente (1996)

## 2.2 Alteraciones derivadas de la hospitalización infantil

Derivadas de las consecuencias que supone en el paciente pediátrico la hospitalización, surgen una serie de alteraciones psicoemocionales que vamos a desglosar en el apartado que nos ocupa. A modo introductorio destacamos que hemos realizado una clasificación que nos ayuda a diferenciar entre las alteraciones, emocionales, cognitivas y comportamentales y las hemos sintetizado en las tablas 9, 10 y 11 para su mejor comprensión, siguiendo con el modelo de Lizasoain (2003a, p.21) y aportando informaciones más recientes. La autora expone en sus estudios que las consecuencias negativas derivadas de la hospitalización infantil se pueden agrupar del siguiente modo:

- Alteraciones del comportamiento: agresividad, trastornos del sueño, del apetito, etc.
- Alteraciones cognitivas: déficit de atención, dificultad para concentrar, etc.
- Alteraciones emocionales: ansiedad, miedos, depresión, apatía, falta de interés, etc.

Estas alteraciones se agravan en muchos casos como consecuencia de la propia enfermedad, ya que el paciente puede sufrir malestar, cansancio, dolores, etc. Por ello, es fundamental que desde las Unidades Pedagógicas Hospitalarias, en adelante UPH, se trabaje con las familias de los pacientes para paliar, en la medida de lo posible las repercusiones que sobre ésta ejerce la enfermedad. Con la intención de contextualizar dichas alteraciones es interesante conocer las aportaciones que Lizasoain (2000, pp. 19-25) realiza con respecto a la evolución del concepto de "enfermedad" en los niños. La autora, siguiendo con el modelo piagetiano establece, atendiendo a los cuatro estadios de desarrollo cognitivo, una definición de la evolución y la maduración del concepto de "enfermedad" en los niños.

En la etapa o periodo pre-operativo que abarca de los 2 a los 7 años, el niño es consciente de su experiencia presente e inmediata. Los niños en esta etapa ven el mundo desde su perspectiva y es muy raro que sean capaces de generalizar. Por ello las explicaciones que el niño da de su enfermedad suelen caracterizarse por dos concepciones: el fenomenismo y el contagio.

Atendiendo a la primera explicación que el niño atribuye a la enfermedad, nos encontramos con una atribución de tipo mágico. El niño percibe que la enfermedad es un fenómeno externo y es incapaz de diferenciar el síntoma de la causa de la enfermedad. Esta es la concepción más inmadura. El contagio es otra de las concepciones que el niño atribuye a la aparición de la enfermedad. Esta es el resultado de un contagio por proximidad física y las causas de la enfermedad son atribuidas a la cercanía de objetos o personas próximas al niño. En ocasiones el niño considera que la enfermedad es el resultado de un mal comportamiento, es vista como un castigo por haber infringido las reglas y el niño se siente víctima de un mundo externo el cual no puede controlar. Por ello, los niños piensan que si han enfermado por haberse “portado mal”, creen que su salud mejorará si cumplen con las normas que médicos y padres les dan, tales como comer bien, quedarse en la cama, beber cosas calientes, etc. Esta aportación es compartida por López de Dicastillo (2003).

Siguiendo con Lizasoáin (2000), las causas que los niños atribuyen a la aparición de la enfermedad son en la etapa pre-operativa: por un mal comportamiento, por culpa de otras personas, por comer cosas que no debían, por salir sin botas un día de lluvia o por culpa de un malvado. Así mismo, la prevención de una enfermedad es atribuible para los niños de esta edad a acciones como tomar medicinas, estar sanos, tomar frutas y vitaminas o mantenerse lejos de personas que están enfermas.

En la etapa de las operaciones concretas (de 7 a 10 años) en niño ya es capaz de diferenciar un fenómeno interno de un fenómeno externo, así como de captar las distintas dimensiones de una misma situación. A diferencia de la etapa anterior, las explicaciones que en niño atribuye a la enfermedad se caracterizan por la contaminación y por la interiorización.

Ahora el niño ya es capaz de diferenciar lo que es la enfermedad de los síntomas que conlleva y puede entender la enfermedad como un conjunto de síntomas. Por otra parte, el niño ya es capaz de entender que la enfermedad se localiza dentro del propio cuerpo, aunque su causa sigue siendo para el niño un agente externo. Por ello, la enfermedad es concebida como la interiorización de agentes dañinos, como pueden ser los gérmenes. Ello provoca que los niños consideren que los medicamentos son la solución a su enfermedad. En estas edades, los niños piensan que han enfermado por haber respirado gérmenes o por los gérmenes que hay en su cuerpo y creen que tomando la medicina adecuada, descansando o visitando al médico se van a curar.

A partir de los 11 años los niños se encuentran según Piaget en el estadio de las operaciones formales y en esta etapa los niños ya son capaces de pensar de un modo abstracto y por lo tanto, de generalizar. Los niños ya comprenden la enfermedad como una interacción entre agentes externos y procesos internos y las explicaciones de la enfermedad se dividen en dos grupos: de tipo fisiológico y de tipo psicofisiológico. Las explicaciones de tipo fisiológico se caracterizan por considerar que la enfermedad es el resultado de una serie de eventos que dan como resultado unos síntomas los cuales desencadenan una enfermedad. En cambio, las explicaciones de tipo psicofisiológico van un paso más allá y atribuyen que los pensamientos y emociones pueden afectar al normal funcionamiento del organismo. Por tanto, los niños en esta etapa son conscientes de que los medicamentos son necesarios pero no suficientes para luchar contra una enfermedad.

Tampoco queremos obviar en este punto, las aportaciones de Nagy (citada en Del Barrio, 1990, p.68) quien fue una pionera en el estudio de las ideas infantiles acerca del origen de la enfermedad, identificando cuatro estadios de conocimiento de la causa de la enfermedad. Según la autora “hasta los 6 años se relaciona la causa con acontecimientos contiguos en el tiempo. A los 6 y 7 años se considera que la enfermedad es causada por una infección inespecífica. Entre los 8 y 10 años se cree que todas las enfermedades se deben a microorganismos, mientras que a los 11 y 12 años se distinguen las causas”. Según sus estudios, las explicaciones que un niño puede ofrecer sobre una determinada enfermedad, su causa o tratamiento dependerá de su estructura intelectual y variarán según su madurez cognitiva.

Como conclusión a las explicaciones que los niños dan a la aparición de la enfermedad, se puede resumir que a mayor edad mayor complejidad en el entendimiento de la enfermedad y sus causas; que los niños van atribuyendo mayor nivel de realidad a las causas de la enfermedad a medida que van madurando, dejando atrás atribuciones mágicas y que al aumentar la edad del niño también aumenta la percepción de control sobre la enfermedad.

En este sentido, es un hecho aceptado que la hospitalización conlleva una serie de factores que favorecen el incremento de las reacciones de ansiedad en el niño: las dimensiones del hospital, la multiplicidad de personal y la ausencia de relaciones anteriores con el mismo, la separación de su medio y actividades habituales, la incertidumbre sobre los límites esperados de su comportamiento, la relativa pérdida de autocontrol, autonomía y competencia, etc. (Grau y Ortiz, 2001; Serradas, Ortiz y De Manueles, 2002).

Por su parte, Hernández y Rabadán (2013, p.171) afirman que “tal es el impacto que la enfermedad ocasiona en el niño, que un porcentaje significativo de los menores hospitalizados sufren algún tipo de trastorno emocional durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica” Así mismo, autores como

Martínez (2006) afirman que alrededor del 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el hospital. Otros autores como Gutiérrez et al. (2008) estiman que entre el 50% y el 70% de los niños que tienen que someterse a una intervención quirúrgica experimental elevados niveles de ansiedad y estrés durante su hospitalización.

Del Pozo y Polaino-Lorente (1999, p.187) afirman textualmente que “la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño a causa de la enfermedad y posterior hospitalización suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas en el futuro”.

Derivados de la enfermedad y de la hospitalización emanan el estrés, la ansiedad y la angustia. Todos ellos factores que suponen un fuerte impacto psicológico que se manifiesta a través de alteraciones cognitivas, tales como déficit de atención o dificultades para concentrarse; alteraciones emocionales tales como: ansiedad, temores, depresión o apatía y alteraciones comportamentales tales como: conducta opositora, agresividad, trastornos del sueño, resistencia al tratamiento médico, trastornos del apetito, mutismo, dependencia afectiva o respuestas de evitación (Fernández y López, 2006b).

Del Barrio y Mestre (citados en Fernández y López, 2006b) afirman que en los niños más pequeños, la hospitalización puede provocar llantos, ritmos alterados, inquietudes, problemas con las comidas, conductas regresivas y ansiedad por separación, mientras que en niños en edades comprendidas entre los tres y los doce años, suelen aflorar sentimientos de tristeza e incluso depresión. Autores como Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche (1999) afirman que en la adolescencia afloran miedos como el propio miedo a la hospitalización, a la enfermedad y a sus posibles efectos.

Es importante resaltar que aunque la hospitalización posea una duración corta, ello no evita que los niños presenten niveles de estrés en este periodo. Autores como Pedroche, Quiles, Méndez y Ortigosa (1998) afirman que la intervención quirúrgica ya supone en sí misma un factor estresante para el menor, quien en muchos casos no comprende la necesidad de tener que someterse a una operación y mucho menos su conveniencia. Si a ello le sumamos el posterior ingreso postoperatorio, el miedo, la ansiedad y la preocupación pasan a formar parte del día a día del menor durante ese transcurso de tiempo. Dichos autores abogan en sus investigaciones por la necesidad de diseñar programas de preparación a la cirugía infantil que puedan prevenir las respuestas emocionales negativas de los niños y de sus padres (quienes no están exentos de sufrirlas) y quienes han investigado acerca de la conveniencia de la cirugía ambulatoria (UCSI) mediante la cual el niño no debe ser ingresado en el hospital y es dado de alta el mismo día de la cirugía, siempre que esta sea menor.

Las razones mediante las cuales Pedroche et al. (1998) defienden este tipo de atención se sustentan, en primer lugar, en razones médicas, entre las que destaca la reducción de la morbilidad hospitalaria y la reducción de las infecciones cruzadas. Entre las razones no médicas destacan las administrativas y de gestión de los hospitales, como el bajo coste, la reducción de las listas de espera y la conveniencia para los pacientes, aunque no han logrado demostrar que la modalidad de hospitalización UCSI conlleve menores niveles de estrés que la modalidad de hospitalización UCCI, en la que sí se pernocta en los hospitales. Por ello, concluyen en sus estudios que las razones que promueven la implantación en los hospitales de la cirugía ambulatoria responde más a cuestiones económicas y/o médicas que a cuestiones psicológicas.

Es destacable que tal y como señala Lieutenant (2006) que esta tendencia a la reducción de las estancias en el hospital se está llevando a cabo en otros lugares de Europa. Según el autor, se está observando en los últimos años en todos los países

llamados “industrializados” que las estancias hospitalarias son cada vez más cortas, los exámenes médicos son más numerosos, el cumplimiento de los tratamientos es mayor gracias a la implicación de los pacientes, y que la atención del paciente ya no se limita al contexto hospitalario sino que también se atiende al paciente una vez está en casa. Y toda estas modificaciones influyen en la organización y funcionamiento de los equipos de profesionales de la educación que desarrollan su labor en el ámbito hospitalario. En el caso de los Países Bajos, los responsables ministeriales han trabajado con las direcciones de las aulas hospitalarias para adaptarse a estos cambios y Lieutenant (2006) insiste en la importancia de la formación de los docentes hospitalarios durante su carrera para poder adaptarse a un contexto en continuo cambio.

Siguiendo con el análisis de las consecuencias negativas que sobre la psique del menor tiene la hospitalización infantil, autores como Carrasco (2008) recogen algunos de los miedos más comunes presentes en los niños hospitalizados. Presentamos en la Tabla 8 dichos miedos.

**Tabla 8**

*Miedos más frecuentes en la población infantil hospitalizada*

<b>Miedo a....</b>	<b>Condicionado por...</b>
<b>Situación nueva que no controlan y a la soledad</b>	Edad del niño hospitalizado y la actitud familiar.
<b>Tratamientos, secuelas y efectos secundarios</b>	Tiempo de hospitalización.
<b>La muerte</b>	La patología y su diagnóstico.

Fuente: adaptado de Carrasco (2008, pp. 79-80).

Con la intención de que este punto quede más clarificado, pasamos a describir cada uno de estos miedos.

En primer lugar, el miedo a una situación nueva que los niños no controlan surge del impacto que el ser ingresado en un contexto desconocido hasta el momento supone para el menor. En el momento en el que el niño es ingresado, todas sus rutinas se ven alteradas, de tal modo que los horarios, las comidas, la asistencia al colegio... todo ello cambia. Estos cambios están acompañados por una multitud de espacios nuevos y en la mayoría de casos poco acogedores, gestionados por profesionales sanitarios que carecen en muchas ocasiones de tiempo para poder entablar un trato de confianza y afectividad con el niño y que incluso se ven obligados a someter al menor a tratamientos dolorosos que la cura de su enfermedad requiere.

En segundo lugar, aparece el miedo a los tratamientos médicos, a las secuelas de la enfermedad y los efectos secundarios de dichos tratamientos. Por leve que sea una enfermedad, esta supone que el niño se someta a una serie de pruebas. El miedo al dolor, la sobreprotección parental y la dureza de algunas pruebas genera en los niños miedo. Así mismo, las secuelas de algunos tratamientos también causan miedos en los menores. En el caso de niños oncológicos, la pérdida del cabello a causa de los tratamientos les provoca miedo al rechazo de sus compañeros de clase, amigos, etc.

En tercer y último lugar, atendiendo igualmente a la propuesta de Carrasco (2008), los niños hospitalizados temen a la muerte. Especialmente si la enfermedad es grave y aunque los niños sean pequeños y no lleguen a comprender lo que les está pasando, perciben en sus familiares la gravedad de la situación.

Por su parte, Thomson (1985), Teichman (1986), Carmel (1990), Cosnsweet (1990) y Méndez (1999) citados en Lizasoáin (2000) destacan que los temores más frecuentes en la infancia son el temor a lo desconocido, a la muerte, a un entorno extraño, a la mutilación, al dolor, a la anestesia, a la separación de los padres, al instrumental médico, al retraso en el colegio así como a los cambios en el ritmo de

vida y relaciones sociales. Encontramos también estas aportaciones en Lizasoán y Ochoa (2003).

Siguiendo con Lizasoán (2000), estos miedos tienen un tipo de prevalencia u otro dependiendo de la edad y del desarrollo emocional del niño y la autora establece la siguiente diferenciación:

- Niños menores de 5 años: los miedos más comunes son el miedo a la separación de sus padres, al abandono y al contacto con un ambiente extraño. En estas edades los padres son los responsables de explicar a los niños en qué momentos tendrán que separarse de ellos.
- De los 6 a los 10 años en mayor temor que experimentan los niños ante la hospitalización son el miedo al dolor, a las operaciones, a la mutilación y a la posibilidad de despertarse durante la operación. La imagen corporal empieza a tener relevancia en estas edades.
- En la adolescencia los niños pueden presentar temor ante la pérdida de control producida por la anestesia.

Cabe destacar en este apartado que en muchas ocasiones reaparecen o se intensifican temores que se daban por superados, tales como el miedo a la oscuridad, a la soledad, etc. y ello es debido al hecho de estar viviendo una situación crítica. Todo ello teniendo en cuenta que dependiendo de la edad se presentarán diferencias con respecto a los miedos (Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003).

En esta misma línea de investigación, encontramos autores como Fernández y López (2009) citados en López (2011) quienes aportan datos relevantes a las investigaciones basadas en las alteraciones emocionales que tiene la hospitalización en los niños y en sus familiares. Haremos mención en este punto a algunos estudios relacionados con el estrés y los miedos en la infancia durante la hospitalización. Dejaremos los estudios relacionados con las repercusiones familiares que supone la

hospitalización infantil para el apartado 2.4, el cual está destinado al estudio de dicho ámbito.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del apartado de las alteraciones psicoemocionales que presentan los niños hospitalizados, es la evolución de las consecuencias negativas que conlleva la aparición de la enfermedad junto con la posterior hospitalización en relación a la fase en la que el menor se encuentre. Autores como Ortiz (2001) afirman que el estrés que sufren los niños es elevado en la fase de admisión, la cual se corresponde con el momento previo al ingreso hospitalario. Este es un momento en el que niño siente inseguridad y miedo favorecido por el desconocimiento de lo que se aproxima. El comportamiento del niño en esta fase vendrá determinado por la interpretación que le atribuya al acontecimiento vivido. En esta fase confluyen varios factores que dificultan la aceptación de la situación por parte del niño; los más destacable son la falta de información, la separación de los padres y la estancia en un lugar desconocido.

Siguiendo con la autora, una vez se ha ingresado al niño en el hospital, aparecen nuevas necesidades. Entre ellas, adolece una carencia afectiva muy significativa, la cual surge a raíz de la separación que el niño tiene de sus progenitores. El acompañamiento del niño por parte de sus padres tiene efectos tranquilizantes y por ello, es un derecho reconocido desde 1961 por la NAWCH.

No cabe menospreciar, los riesgos que presentan las fases de recuperación y alta médica, las cuales entrañan la vuelta del niño a su hogar y a su vida diaria, pudiendo resultar estresantes ya que el menor, habituado a la vida dentro de la institución sanitaria, debe romper de nuevo con sus hábitos y rutinas (Ortiz, 2001).

Las investigadoras González-Gil y Jenaro (2007) realizaron un estudio basado en el análisis del impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil desde la perspectiva del propio niño enfermo. Su trabajo concluye que los niños

hospitalizados presentan una baja calidad de vida y que las plantas de los hospitales generales no están preparadas para responder a las necesidades que presentan los niños hospitalizados. Así mismo afirman que el estado emocional del niño hospitalizado condiciona su calidad de vida.

Autores como Hernández González (2009) consideran que la enfermedad pediátrica origina en el niño una serie de efectos directos como pueden serlo: malestar, inquietud, dolores generalizados, fatiga, irritabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, etc. y efectos reactivos, tales como: regresión emocional y conductual, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, tristeza, interpretaciones erróneas de la realidad, alteraciones de la adaptación social del niño, dificultades escolares, etc.

Estos efectos directos y/o reactivos surgen por la separación que el niño sufre de su medio familiar y su reubicación en un ambiente para él desconocido y extraño, por la pérdida de habilidades previamente adquiridas, incluso por el miedo a morir y al dolor.

Con la intención de clarificar la información aportada en este sub-apartado hemos elaborado 3 tablas (tablas 9, 10 y 11) las cuales resumen las alteraciones derivadas de la hospitalización infantil agrupándolas en 3 categorías: alteraciones emocionales, alteraciones cognitivas y alteraciones comportamentales destacando los estudios revisados para la elaboración del presente apartado. Ello no significa que otros autores no hayan destacado las alteraciones citadas en sus estudios, pero nosotros aludimos a los estudios que han sido revisados en nuestra investigación.

Tabla 9

*Alteraciones emocionales derivadas de la hospitalización infantil*

<b>Alteraciones emocionales</b>	<b>Estudios</b>
<b>Pérdida de autoestima</b>	Angulo (2009)
<b>Desmotivación</b>	Guillén y Mejía (2002); Lizasoáin (2003)
<b>Pérdida de autocontrol</b>	Serradas et al. (2002), Polaino-Lorente (1996); Grau y Ortiz (2001);
<b>Incertidumbre</b>	Serradas et al. (2002); Grau y Ortiz (2001);
<b>Pérdida de autonomía</b>	Serradas et al. (2002); Grau y Ortiz (2001);
<b>Alteraciones emocionales</b>	Estudios
<b>Ansiedad</b>	Martínez (2006); Serradas et al. (2002), Fernández y López (2006); Pedroche, et al (1998); Sierrasesúmaga (1996); Guillén y Mejía (2002); Grau y Ortiz (2001); Lizasoáin (2003); Muñoz (2013); Sierrasesúmaga; (1996); Del Barrio y Mestre (1989); López (2006); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Estrés</b>	Fernández y López (2006); Pedroche, et al. (1998); Lizasoáin (2003); Ortigosa y Méndez (2000); Ortiz (2001); Muñoz (2013); Rodríguez (2007); Ortiz (2001);
<b>Angustia</b>	Fernández y López (2006); Guillén y Mejía (2002); Ortiz (2011)
<b>Temores</b>	Fernández y López (2006); Guillén y Mejía (2002); Lizasoáin (2000); Del Barrio y Mestre (1989); López (2006); Carrasco (2008);
<b>Depresión</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003); Del Barrio y Mestre (1989)

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 9***Continuación*

<b>Alteraciones emocionales</b>	<b>Estudios</b>
<b>Miedo</b>	Pedroche, et al. (1998); Carrasco (2008); Sierrasesúмага (1996); Lizasoáin (2003); Fernández y López (2006); Quiles, et al., (2000); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003) Sierrasesúмага (1996)
<b>Pánico</b>	
<b>Preocupación</b>	Pedroche, et al. (1998)
<b>Irritabilidad</b>	Hernández González (2009)
<b>Tristeza</b>	Del Barrio y Mestre (1989); López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Apatía</b>	Lizasoáin (2003); Fernández y López (2006)

Presentamos a continuación las alteraciones cognitivas más comunes derivadas de la hospitalización infantil.

**Tabla 10***Alteraciones cognitivas derivadas de la hospitalización infantil*

<b>Alteraciones cognitivas</b>	<b>Estudios</b>
<b>Déficit de atención</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Dificultad para concentrarse</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Incomprensión de la situación</b>	Pedroche, et al. (1998)

---

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con los estudios revisados, presentamos en la tabla 11 las alteraciones comportamentales más comunes derivadas del ingreso hospitalario.

**Tabla 11**

*Alteraciones comportamentales derivadas de la hospitalización infantil*

<b>Alteraciones comportamentales</b>	<b>Estudios</b>
<b>Conductas inadaptadas</b>	Del Pozo y Polaino Lorente (1999)
<b>Conducta oposicionista</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Agresividad</b>	Fernández y López (2006); De Paz (1997); González-Gil y Jenaro (2002); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Trastornos del sueño</b>	Fernández y López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Resistencia a los tratamientos</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003);
<b>Trastornos del apetito</b>	Fernández y López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
<b>Mutismo</b>	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003);
<b>Dependencia afectiva</b>	Fernández y López (2006)
<b>Respuestas de evitación</b>	Fernández y López (2006)
<b>Regresión</b>	Sierrasesúmaga (1996); Hernández González (2009); Del Barrio y Mestre (1989); López (2006);

Fuente: elaboración propia.

### ***2.2.1 Variables que influyen en las reacciones que la hospitalización tiene sobre el menor***

Una vez recogidas las alteraciones que la hospitalización tiene sobre el paciente pediátrico, presentamos en el siguiente apartado las variables o factores que pueden influir en la incidencia de las mismas según los estudios de diferentes autores.

En este sentido, Cárdenas y López (2006) así como Guillén y Mejía (2002) clasifican las variables que influyen en las reacciones que la hospitalización puede tener en el paciente pediátrico del siguiente modo: edad del paciente, tiempo de hospitalización, espera del diagnóstico, tipo de patología y actitud de la familia y grupo de amigos. Por otra parte, Urmeneta (2011) se suma a las aportaciones de los citados autores, pero añade que vivencia que el niño tenga de su enfermedad también dependerá del dolor, de los tratamientos y de las experiencias previas relativas al ingreso hospitalario.

Por su parte, Fernández y López (2006b) concluyen en uno de sus estudios que el ingreso hospitalario aumenta la exposición de los pacientes a elementos estresores y es muy recurrente en este campo de investigación que se intente establecer una relación de correlación entre los niveles de ansiedad y estrés con la edad del paciente, pero tal y como presentamos a continuación, no todos los estudios concluyen con las mismas ideas.

Los citados autores exponen que a mayor edad del paciente pediátrico, menores niveles de estrés. Ello puede ser debido a que la edad del niño enfermo puede influir de manera positiva en la aceptación del ingreso y en la mayor capacidad de afrontamiento de la nueva situación. Otro motivo que justificaría esta disminución de los niveles de estrés y ansiedad podría ser debida a que los pacientes perciben con mayores índices de realidad la hospitalización. Guillén y Mejía (2002,

p.41) están en concordancia con esta afirmación puesto que según su experiencia “cuanto más pequeño es un niño, más miedos y ansiedad manifiesta”. En su opinión, los adolescentes tienen un mayor autocontrol y manejan mejor sus emociones. También parecen compartir esta opinión Lizasoain y Ochoa (2003) quienes afirman que los niños que muestran mayores alteraciones de tipo emocional son los niños más pequeños, los niños que se someten a un ingreso por primera vez, los niños que se han enfrentado con anterioridad a experiencias hospitalarias negativas o sometidos a intervenciones quirúrgicas y los niños cuyos padres presentan elevados índices de ansiedad.

En este sentido, Lizasoain y Ochoa (2003) distingue tres factores que están involucrados en la incidencia de los efectos psicológicos que provoca la hospitalización en niños:

- a) Factores personales, los cuales hacen referencia a los factores que únicamente dependen del niño y entre ellos se incluyen:
  - La edad y el desarrollo evolutivo del niño. El autor afirma que los niños cuyas edades oscilan entre los 4 meses y los 6 años de edad son más susceptibles de presentar alteraciones emocionales causadas por el ingreso hospitalario.
  - La naturaleza de la enfermedad y la gravedad de la misma. El sufrimiento al que la enfermedad o los tratamientos someten al niño afectan a los efectos psicológicos que el menor sufrirá.
  - El temperamento y las características personales del niño. La personalidad del menor influirá en como éste se enfrentará a la enfermedad y su hospitalización, influyendo a su vez en las consecuencias a nivel psicológico que puede acarrearle.
  - La naturaleza de las experiencias previas que el niño haya tenido anteriormente en un hospital y con sus profesionales.
- b) Factores familiares, los cuales hacen referencia al modo en que la familia y los compañeros del niño responden ante la hospitalización. La importancia de este

factor radica en que la hospitalización conlleva la separación del menor de su familia y de su entorno, y ello constituye uno de los mayores riesgos a nivel psicológico.

- c) Factores hospitalarios, los cuales comprenden un ambiente desconocido para el menor. En algunos casos el reglamento de la institución hospitalaria restringe las visitas familiares, y ello puede dificultar la adaptación del niño a su nueva realidad.

A las aportaciones Lizasoáin y Ochoa (2003) sumamos las conclusiones de Carrasco (2008) quien, atendiendo a los rasgos de personalidad del niño, divide a los pacientes pediátricos en varios grupos estableciendo la siguiente clasificación: los niños dependientes requieren de una atención permanente por parte de todos, la cual les ayuda a paliar el malestar sobrevenido.. Existe también el grupo de menores desafiantes, quienes adoptan esta actitud ante la enfermedad sin tener en cuenta si esta actitud implica algún riesgo. Por último, la autora habla de los niños retraídos, quienes se muestran muy distantes, muchas veces debido a la actitud que toma la familia, quien pretende mantener oculta la enfermedad. Estas actitudes no favorecen en absoluto al menor y aunque pueden ser consideradas como normales al inicio de la aparición de la enfermedad, se debe evitar que se prolonguen en el tiempo.

Por el contrario, Quiles et al. (1999), en disonancia con Cárdenas y López (2006), Hernández González (sf) y Guillén y Mejía (2002), afirman que a mayor edad, mayores son las preocupaciones que manifiestan los niños hospitalizados y con ello, mayores niveles de estrés, debido posiblemente, al mayor desarrollo cognitivo de los mismos.

Por todo lo expuesto, podemos concluir que la adaptación al nuevo contexto vendrá determinada, como hemos citado anteriormente, por factores como la edad, el desarrollo evolutivo del niño, los rasgos de personalidad, el status y los valores

familiares así como el grado y tipo de enfermedad y, como no, la actitud de los padres frente a la enfermedad.

En nuestro trabajo optamos por considerar que cada niño se enfrenta a un ingreso hospitalario de un modo diferente a otros niños sin que ello implique dejar de estudiar las aportaciones de autores que nos revelan las diferentes etapas por las que pasa un paciente pediátrico tras su ingreso en un hospital, y consideramos que es muy importante conocer esta distinción, no como algo cerrado sino como un planteamiento que sirva de guía a los profesionales.

### ***2.2.2 Evolución de las alteraciones psicoemocionales en los niños hospitalizados según la etapa del desarrollo***

Atendiendo a las etapas por las que un niño pasa para entender la enfermedad, Sierrasesúmaga (1996) hace una distinción de las fases por las que pasa un paciente pediátrico cuando es ingresado en un hospital dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño.

Según el autor, en niños menores de 6 años el principal problema que supone el ingreso hospitalario es la separación de los padres. Aquí encontramos una diferencia sustancial con respecto a la tolerancia a la separación dependiendo de si los niños son menores o mayores de tres años.

En la etapa de los seis a los doce años los niños son más lógicos y las reglas y estructuras cobran importancia en sus vidas. En esta etapa, a la separación de la familia se le suma la ruptura con el colegio y no es extraño que aparezcan reacciones de ansiedad, pánico o momentos de regresión. En esta edad son muy importantes los límites y su hospitalización debe de ser planteada de una forma coherente y definida. Sierrasesúmaga (1996) afirma que los niños más mayores suelen hacer preguntas muy concretas acerca de su enfermedad y es conveniente, en la medida

de lo posible que el niño sienta que sus opiniones son tenidas en cuenta puesto que ya son capaces de entender su enfermedad y los tratamientos a los que va a tener que someterse.

Cuando el paciente se encuentra en la etapa de la adolescencia, debemos de ser conscientes de que es la etapa más difícil para enfrentarse a una enfermedad, sobre todo si es maligna y por tanto es la etapa que más dificultades presenta a nivel psicológico. En la adolescencia aparecen ideas mágicas sobre la invulnerabilidad al peligro, a la enfermedad o a la muerte y los pacientes adolescentes se suelen caracterizar por presentar comportamientos poco colaborativos o incumplidores. La hospitalización supone la pérdida de la libertad, como bien apunta Sierrasesúmaga (1996) y son muy habituales los miedos sobre las repercusiones físicas (daños sobre la imagen corporal, desarrollo sexual, etc.) y sobre las repercusiones académicas y sociales.

Siguiendo con los estudios revisados para la elaboración del apartado que nos ocupa, Campo, Molinillo y Escallón (1997) señalan que existen tres tipologías de reacciones que se producen cuando aparece en la vida de un adulto una enfermedad. La primera reacción a la que hacen referencia es la sensación de amenaza, donde aparecen la ansiedad y el miedo. La segunda reacción que aparece en el recién diagnosticado enfermo es la toma de conciencia de la dolencia que suele venir acompañada por un sentimiento de pérdida (relacionado con la salud) y que puede llevar al paciente a tener un cuadro depresivo y en tercer lugar, el enfermo puede sentir que existen beneficios en su salud si se han producido situaciones de ajuste.

Por el contrario, cuando la hospitalización la sufre un niño, el proceso es más complicado, ya que el paciente no es quien pide la asistencia hospitalaria, sino que son sus padres o tutores legales quienes la solicitan, tal y como hemos apuntado con anterioridad. Por tanto, el menor no acude al hospital de manera voluntaria y

consciente de la necesidad de atención sanitaria que requiere, sino que son los adultos quienes deciden que ese ingreso es lo mejor para él. En algunas ocasiones este proceso no lleva consigo una explicación previa de los motivos por los que es imprescindible someterse a un ingreso hospitalario y ello puede conllevar un aumento de los niveles de ansiedad del niño.

Guillén y Mejía (2002) son partidarios de favorecer la mejor adaptación de los niños al hospital intentando disminuir las experiencias negativas relacionadas con la hospitalización, así como la angustia y la ansiedad que de ella se derivan. Este proceso se puede llevar a cabo mediante la adaptación del vocabulario al menor enfermo y de la transmisión de información que dé respuesta a las inquietudes e intereses del niño.

Otros autores como Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004, p. 140) afirman que “una de las preguntas que mayor reiteración tienen en el contexto hospitalario, sobre todo en el caso de niños con enfermedades oncológicas son las referidas al dolor y a la muerte y disponer de información permite al niño comprender qué le ocurre y disipar, en la medida de lo posible, sus dudas”. En otras investigaciones, Méndez junto con Ortigosa, Quiles y Méndez (2003) exponen que las reacciones que los menores puedan tener ante la aparición de una enfermedad vendrán determinadas por sus experiencias emotivo-cognitivas.

En cualquier caso, la información relativa a la enfermedad que es capaz de asimilar un niño vendrá también determinada por la edad y por el desarrollo cognitivo del menor. En este sentido, Hernández González (2009) aconseja que dependiendo de la edad y del nivel de desarrollo evolutivo del niño, el pediatra y los padres, deben darle una explicación que abarque los siguientes puntos:

- La hospitalización es necesaria para poder curarse.
- El hospital es un lugar donde va a recibir cuidados y ayuda.

## **BLOQUE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

---

- Los tratamientos no son dolorosos o lo son muy poco.
- La estancia en el hospital será lo más corta posible.
- Los padres no lo van a abandonar, van a estar con el niño siempre que les sea posible y solo saldrán del hospital para comer, ir a casa, etc.
- Va a conocer a otros niños e incluso llegue a hacer amigos.

Facilitando toda esta información se pretende preparar al niño ante la hospitalización y minimizar su impacto emocional en la medida de lo posible.

### 2.3 Necesidades derivadas de la hospitalización infantil.

Una vez expuestas las consecuencias de la hospitalización infantil en los menores, las alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales y los factores que influyen en las mismas. Así como las etapas del proceso hospitalario, hemos considerado oportuno centrarnos en las necesidades que presentan los niños durante la hospitalización. En este apartado vamos a centrarnos en las necesidades educativas, puesto que nuestro ámbito de trabajo se centra en la atención de las mismas.

Cuando pensamos en la hospitalización de un niño, tal y como plantea Serradas et al. (2002, p.245) “la primera 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 convaleciente en una cama esperando, sin más, a que su salud le permita reorganizar su vida en todos los aspectos”. Siguiendo con las aportaciones de los autores Baysinger, Heiney, Creed y Ettinger (citados en Serradas et al., 2002, p.245) afirman que:

la suspensión temporal de la escolaridad a causa del ingreso hospitalario supone en un niño la alteración en su 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 padece y por los efectos secundarios de los tratamientos y de su impacto sobre sus capacidades de aprendizaje.

Autores como Hernández y Rabadán (2013) defienden la intervención educativa del niño hospitalizado ya que no se debe de atender únicamente las necesidades médicas, sino que las necesidades educativas deben de ser igualmente atendidas.

Es interesante citar en este punto, tal y como aportan Ortiz (1999) y Grau y Ortiz (2001, p.26), las aportaciones que el Informe Warnock realizó en la

comprensión del principio de normalización, el cual asumió la filosofía de la integración escolar y lanzó una nueva concepción de las necesidades educativas especiales, las cuales ya no atendían únicamente a una concepción médica sino que asume que cualquier niño puede presentar necesidades específicas a lo largo de su vida “que pueden ser debidas a un déficit físico, sensorial, mental o a una situación especial como es la enfermedad”. Ortiz (1999, p.3) alude también al citado informe destacando que “hay niños que se ven obligados a permanecer en un hospital durante periodos más o menos largos” y por tanto surge la necesidad de crear no solo aulas hospitalarias destinadas a la atención de estos menores, sino de formar a profesionales de la educación especializado, sensible y motivado.

Retomando las palabras de Serradas et al. (2002, p.245) la escolarización es la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización. “Este hecho ha provocado durante los últimos años la multiplicación y proliferación de programas e iniciativas de carácter educativo y formativo desarrolladas dentro del ámbito del hospital. La mayoría de los profesionales en este campo reconocen la importancia que para el niño tiene la continuidad del ritmo escolar y sus efectos sobre una más rápida evolución de la propia enfermedad así como, de manera particular, sobre el ajuste psicológico”.

Nuestra investigación se suma a esta iniciativa y corroboramos que cada vez son más las investigaciones que se producen en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.

Autores como Grau y Ortiz (2001) destacan que estas necesidades educativas especiales derivadas de la hospitalización pueden ser clasificadas en tres bloques: necesidades relativas a la asistencia sanitaria, necesidades relacionadas con el control de los trastornos psicológicos que pueden venir asociados a las enfermedades y las adaptaciones curriculares precisas. Así mismo insisten en que si lo que se pretende desde la Pedagogía Hospitalaria es integrar al menor en un

proceso de normalización continuado, con una vida social y de relación lo más parecida posible a la que llevaba antes de su enfermedad, la permanencia en el sistema educativo debería contemplarse. Es destacable que las circunstancias específicas que rodean a la enfermedad suelen ocasionar en el menor hospitalizado unas necesidades educativas y Ortiz (2001, p.27) afirma que los niños hospitalizados deben tener la consideración de alumnos con necesidades educativas especiales porque “requieren de actuaciones también especiales” debidas a las consecuencias que acarrea el ingreso hospitalario y que hemos citado en el apartado referido a las consecuencias de la hospitalización infantil.

Las mismas autoras Grau y Ortiz (2001, p.49) acuñan el término “acción educativa simpatética” para hacer referencia a la intervención integral que deben de recibir los niños hospitalizados partiendo de una visión transpersonal de la enfermedad, resultando una intervención que tiene en cuenta las secuelas que puede ocasionar la misma, tales como la labilidad emocional.

Guijarro y Torres, (1990) citados en Serradas et al. (2002, p.246) añaden a estos planteamientos que

las clases impartidas en el hospital pueden permitir que el niño siga, aunque sea parcialmente, sus cursos regulares. El programa escolar puede motivarle y aliviarle sus angustias, además de llevar un estilo de vida más apropiado para su edad y circunstancias. Desde la escuela hospitalaria se puede reducir la ansiedad ante lo desconocido, participando con el niño en la búsqueda de respuestas a sus preguntas, todo aquello que genere conductas de creatividad, de producción, de ser útil a los demás, tendrá efecto rehabilitador.

Por ello, y siguiendo con la autora, la tendencia actual se centra en presentar la atención educativa de los niños hospitalizados como algo necesario. La asistencia del menor hospitalizado al aula hospitalaria favorece que se entablen relaciones con

otros niños y que deje de percibirse la hospitalización como un motivo de ruptura entre el niño y su formación académica. Para Serradas et al. (2002, p.246)

los niños sometidos a una hospitalización necesitan participar regularmente de un programa educativo acorde a sus capacidades, en un entorno físico que tenga el menor número de restricciones posibles. En este sentido, las aulas hospitalarias representan el principal «taller» para estos niños, y su asistencia a ellas constituye uno de los mejores elementos de predicción de su funcionamiento eficaz a largo plazo y de tal forma que una meta responsable es maximizar la asistencia regular.

Tal y como afirma Lizasoán (2003b), la hospitalización de niños en edad escolar ocasiona la imposibilidad de seguir el ritmo de escolarización y además puede suponer alteraciones emocionales adversas. La hospitalización influye el desarrollo emocional del niño y de su familia.

Ya en 1992, la autora junto con Polaino -Lorente afirmaba que para prevenir los posibles efectos negativos que la hospitalización podía originar sobre el paciente pediátrico, la actividad pedagógica como complemento de la actividad médica, iba adquiriendo relevancia en diversos países de Europa. En esta línea, el Parlamento Europeo presentó en 1986, la Carta de Derechos del Niño Hospitalizado, aunque en la actualidad, la hospitalización infantil, incumple en algunos países europeos los consejos de esta carta (Polaino-Lorente y Lizasoán, 1992).

Tal y como afirman autores como Thomson y González-Simancas y Polaino-Lorente (citados en Polaino- Lorente y Lizasoán, 1992, p.50) es necesario que desde las instituciones hospitalarias se ofrezca a los menores enfermos la oportunidad de profundizar en conocimientos relacionados con el autocuidado, con la salud, incluso con el funcionamiento corporal. Todo ello aprovechando las circunstancias que se dan cuando un niño es ingresado en el hospital, tratando de sacar un partido provechoso a la circunstancia dada. Pero para ello es necesario según los autores citados “lograr una efectiva integración entre el personal sanitario y los educadores,

a través del desarrollo de programas y materiales destinados a la optimización de la educación de los niños hospitalizados”.

Todo ello entendiendo que del ingreso hospitalario también se pueden extraer aprendizajes y que si dotamos a los niños de la atención educativa adecuada, podemos minimizar las consecuencias negativas que supone el estar apartado de los contextos familiar y escolar.

En este punto se hace necesario hablar de un concepto básico en Pedagogía Hospitalaria denominado “resiliencia”, entendida como la aptitud del ser humano para asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Por ello, tal y como afirma León (2011) uno de los principales ejes de actuación de muchas aulas hospitalarias se centra en dotar de recursos psicoemocionales a los niños hospitalizados.

En este sentido, Alguacil y Violant (2015) consideran que la introducción del término resiliencia al ámbito educativo responde a la voluntad de conseguir que los menores que deben enfrentarse a una enfermedad encuentren en la educación una herramienta para reinterpretar la realidad, superar las dificultades y reinterpretar la realidad, pasado de sentirse víctima de las circunstancias a un agente activo que construye sobre las experiencias nuevos aprendizajes de vida.

Tal es la importancia que debe de tener la educación en las personas que González-Simancas y Polaino-Lorente (1990, p.23) definen a la educación como “una operación, una acción inmanente que atañe a todo ser humano y que no finaliza, sino cuando finaliza la vida”. Por ello, los niños hospitalizados no pueden ser privados de ella, puesto que el fin último de la educación “consiste en última instancia en ayudar al educando a que llegue a ser lo que es, a que sea él mismo, a que alcance la felicidad”.

## **2.4 Repercusiones familiares derivadas de la enfermedad pediátrica.**

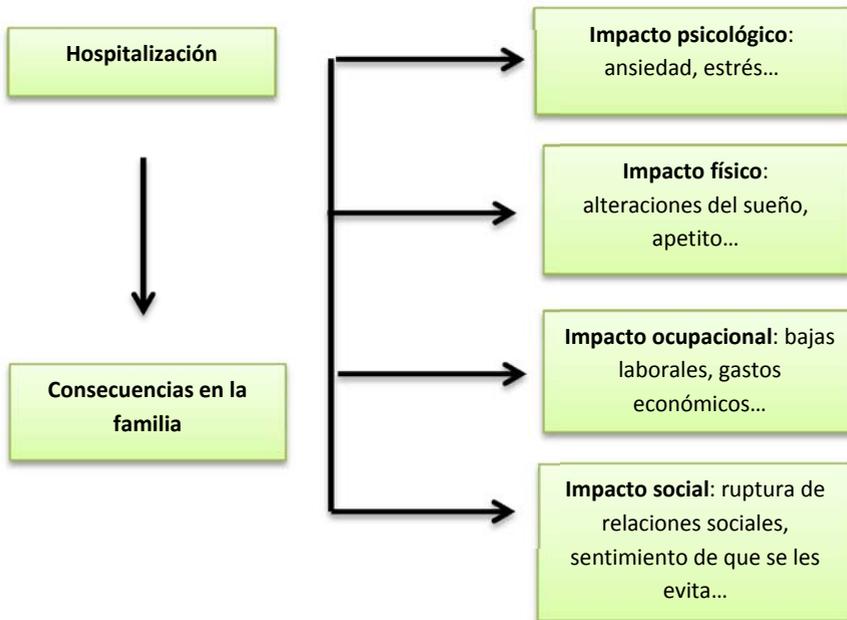
Ningún padre está preparado para vivir la enfermedad de un hijo. Máxime si se trata de una enfermedad grave y/o crónica.

La enfermedad de un niño no solo repercute en el bienestar físico y psicológico del menor, sino en el de toda su familia. Estas repercusiones inciden directamente en el funcionamiento de la vida familiar y se dan a través de múltiples manifestaciones. Como se ha citado en apartados anteriores, la enfermedad en los niños resulta un proceso complejo ya que factores como la edad, los patrones de crianza, las vivencias previas y las condiciones socioculturales de cada niño determinan la forma en la que cada menor asimila el proceso de la enfermedad y la hospitalización. (Fernández y López, 2006a).

En este sentido, Fernández y López (citados en López, 2011) realizan una aportación centrada en los estresores que afectan a los padres cuando un hijo es diagnosticado de una enfermedad. Este estresor viene determinado por la sensación de incompetencia por no conocer las labores de cuidado que a partir del momento del diagnóstico deben de realizar los padres.

Haller (citado en Ochoa y Lizasoáin, 2003) afirma que la hospitalización infantil conlleva una serie de repercusiones familiares negativas que deben de ser tenidas en cuenta en la atención al paciente pediátrico y su entorno. Por ello, el profesional de la educación que desarrolla su labor profesional en el contexto hospitalario debe conocer y controlar las fases por las que paciente y familiares van a pasar tras el ingreso con el objetivo de lograr la adaptación del niño y su familia a una nueva realidad, más si cabe si nos encontramos ante una enfermedad crónica.

Ochoa y Lizasoáin (2003) recomiendan que estas reacciones sean consideradas como “naturales” y añaden que la hospitalización puede suponer una nueva fuente de conflictos.



**Figura 5.** Repercusiones familiares ante la hospitalización infantil.

Fuente: adaptado de Lizasoán, (2003a, p.23).

Hay que mencionar además que autores como Fernández y López (citados en López, 2011, p.116) consideran que la ansiedad evidenciada por la familia se hallará condicionada por aspectos tales como “la naturaleza y curso de la enfermedad del niño, el hecho de que existan hospitalizaciones previas o no, la dinámica familiar anterior, los recursos materiales y personales previos, las ayudas de que se disponga, etc.”

Por ello, desde la Pedagogía Hospitalaria ha habido un incremento notable en considerar a la familia como foco de intervención. En este sentido, Ortiz (2001) añade la idea de que la familia se puede convertir en un agente clave en el cuidado del menor si se dan las instrucciones y la información necesaria y por ello demandan la creación de equipos multidisciplinares de orientación y ayuda a familias en las plantas de pediatría de los hospitales.

En este sentido, Fernández Hawrylak (2001, p.100) colaboradora en Grau y Ortiz (2001), insiste en que cuando la enfermedad pediátrica hace acto de presencia, la afectación familiar puede resultar muy profunda, llegando a existir una ruptura total con la dinámica que estaba establecida a nivel familiar. En palabras de la propia autora, “la enfermedad es fuente de inquietud y de dolor, de conflictos y desequilibrios emocionales, y pone a prueba los valores sobre los que se asienta constituyendo una experiencia dolorosa y dura”.

Otros autores como García-Puga, Quintana, Yesenia y Montoya (2009) han estudiado el impacto que sobre los padres tiene el ingreso de un hijo en una unidad de cuidados intensivos, así como los beneficios que puede aportar que éstos acudan a programas de apoyo, ya que, cuando un hijo tiene que permanecer hospitalizado, emanan la ansiedad y el estrés y esta circunstancia puede afectar a la dinámica familiar.

Por su parte, Carrasco (2008) afirma que la actitud de los padres y de la familia es determinante en la adaptación y recuperación del niño, convirtiéndose estos en el principal apoyo psicológico de los niños. Deben de ser el primer referente válido para superar los primeros momentos de ansiedad que asaltan al pequeño. Pero ante esto, nos encontramos con dos conductas paternas que no favorecen la adaptación del niño enfermo: la sobreprotección y las reacciones de ansiedad (Lizasoán, 2003a).

De aquí surge la necesidad que los padres se muestren tranquilos y para ello, el trabajo con las familias previo al ingreso del menor es crucial. Se debe de dar un proceso de adaptación y asimilación por parte de la familia ante la enfermedad. Esta situación provoca un desajuste entre los diferentes miembros de la familia y pueden aparecer tensiones que antes no existían. Estas pueden venir influenciadas por la situación laboral de los padres, la atención de los padres al niño en el hospital, los hermanos pueden quedar desatendidos o sentirse así, etc.

Hay que tener en cuenta que existen factores que van a condicionar la aparición de conductas negativas en los padres frente al ingreso hospitalario del menor. Entre estos factores son destacables la edad del niño, el diagnóstico de la enfermedad, la severidad tanto de los tratamientos como de la propia enfermedad, la evolución del niño y cómo éste se ha adaptado al hospital. En este último punto es donde existe un foco de intervención que la Pedagogía Hospitalaria debe atender.

Lizasoáin (2000) afirma que las reacciones de los padres ante el diagnóstico de una enfermedad, sobre todo si es crónica dependerá de una serie de factores entre los que se destacan:

- La severidad de la enfermedad y su pronóstico.
- Las expectativas que los padres tengan sobre el niño.
- Los tratamientos médicos requeridos.
- El temperamento del niño.
- La capacidad de organización de la familia así como la naturaleza de las relaciones matrimoniales.
- El papel del entorno.

Siguiendo con las repercusiones que el ingreso hospitalario tienen sobre los familiares de un niño enfermo, Lizasoáin (2000) nos recuerda que no debemos olvidar que los hermanos del paciente pediátrico también sufren cuando la enfermedad aparece en un miembro de su familia. Cuando los padres se ven obligados a ausentarse más tiempo de lo que hasta el momento era lo habitual, muchas veces los hermanos del niño enfermo debe de hacerse responsables de muchas tareas que antes eran asumidas por los padres. Igualmente muchas veces se sienten desatendidos, reciben menos atención y ello también puede desencadenar en conflictos con el hermano enfermo. De esta nueva situación, emanan la ansiedad y el estrés, así como problemas conductuales, emocionales y sociales. Todo ello se suma como una potente fuente de estrés para los padres.

Es habitual que en los hermanos del niño enfermo se observe una bajada en el rendimiento académico así como síntomas de tipo psicossomático, que llevan al hermano/hermanos a competir por el tiempo y dedicación de los padres (Lizasoáin, 2003a). La autora junto a Lieutenant (2002, p.161) afirma, citando a Soukers que cuando el diagnóstico de una enfermedad es grave, a nivel familiar ya nada es lo mismo. Y es que “el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal proyecta al paciente y a su familia a una realidad modificada de manera irreversible”.

Siguiendo con las aportaciones de la autora, pasamos en este punto a hablar de los abuelos del niño enfermo. Es cada vez más común en nuestra sociedad que los abuelos asuman un papel más activo en la crianza de los nietos debido a varios factores. La incorporación de la mujer al mercado laboral con su consecuente dificultad para poder conciliar la vida familiar y laboral y la situación de crisis económica que ha vivido nuestro país en los últimos años ha hecho que los abuelos ocupen un papel fundamental en la educación y cuidado de los nietos. Cuando el que enferma es un niño, los abuelos también suelen asumir un papel muy activo en el cuidado del resto de hermanos (Lizasoáin, 2003a).

Atendiendo a las etapas por las que es habitual que se enfrenten los familiares de un niño hospitalizado, Angulo (2009) y Grau y Ortiz (2001) definen una primera etapa a la que nombra como “etapa de negación” la cual se caracteriza por la incredulidad que presentan los padres ante el diagnóstico. Lizasoáin (2000) denomina a esta etapa “etapa de shock” y vincula a este momento sentimientos de rebeldía, ira, enfado e incredulidad. Una vez asimilada la noticia, los padres viven una etapa donde la tristeza toma un lugar preferente y que conlleva un alto grado de sufrimiento. Posteriormente aparece una fase de pacto, caracterizada por el afrontamiento real de la enfermedad. Antes de la fase de restauración del equilibrio, la autora afirma que los miembros de la familia pueden padecer sentimientos de culpa o incluso, en algunos casos, depresión.

Por todo lo expuesto hasta el momento, de acuerdo con Lizasoáin (2003a) es necesario diseñar intervenciones que consigan una adaptación familiar a la enfermedad a través de los objetivos que se detallan:

- a) Atribuir unas responsabilidades acordes a cada miembro de la familia en el cuidado del niño enfermo. Es fundamental que todos los miembros del niño enfermo reciban una información clara sobre la enfermedad y lo que ésta implica.
- b) Contemplan la necesidad de apoyo psicológico a todos los miembros de la familia, controlando el impacto que los estresores pueden ocasionar.
- c) Trabajar en pro del desarrollo de toma de decisiones y resolución de problemas.
- d) Fomentar la comunicación entre los miembros de la familia.

Así mismo es de gran importancia que la información fluya entre profesionales y familiares del niño, siempre teniendo en cuenta el mejor modo de atención al niño. Es fundamental el intercambio de opiniones y la participación, en la medida de lo posible, del enfermo en la toma de decisiones.

Igualmente, tal y como afirma Fernández Hawrylak (2001) cuando un niño enferma, la familia cambia profundamente y por tanto el niño y su familia deben ser atendidos, orientados y ayudados por un equipo multidisciplinar capaz de restablecer el equilibrio del sistema familiar. Se debe tomar conciencia de que el médico ya no es el único responsable en el tratamiento de la enfermedad y los ámbitos psicológico, afectivo, social e intelectual de los niños hospitalizados y sus familiares han de tenerse en cuenta en la atención integral del paciente pediátrico.

Pero no debemos optar por una visión catastrofista de la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, dado que hasta en los momentos más complicados podemos obtener aprendizajes y aspectos positivos que nos aporten cosas buenas. En este sentido, Polaino-Lorente y Lizasoáin (1992, p.50) destacan que

la persona enferma puede encontrar en el periodo de enfermedad una oportunidad de enriquecimiento y crecimiento personal derivados de las nuevas experiencias vividas. En el caso de los niños, los autores afirman que “la experiencia de ser hospitalizado ofrece la oportunidad de aprender sobre su funcionamiento corporal y el autocuidado de la salud”.

Otros autores como Matthews-Simonton (citados en Ortiz, 1999) también han sido capaces de extraer aspectos positivos derivados de la enfermedad, quien afirma que la enfermedad puede facilitar que el paciente, siendo consciente de su vulnerabilidad, sea capaz de expresar de un modo más abierto, sus sentimientos, pida que sus necesidades sean cubiertas, se reevalúen las prioridades, se viva el presente y se mejore la comunicación en el seno de la familia. En esta misma línea de pensamiento encontramos a Polaino-Lorente (2003) quien afirma que el impacto que sobre la familia tiene la enfermedad infantil siempre afecta a las estructuras familiares, pero que en ocasiones, ese impacto puede aumentar la cohesión y unión familiar. En otros casos, evidentemente, dicho impacto puede debilitar las estructuras familiares, llegando incluso a quebrarlas.

Damos por finalizado este apartado referido a las repercusiones que sobre la familia tiene la enfermedad de uno de sus miembros, en este caso de un hijo, con un brevísimo resumen las aportaciones de Polaino-Lorente (2003) quien enumera una serie de consecuencias consideradas a priori relevantes en el impacto familiar tras la aparición de una enfermedad grave o crónica. Nosotros destacaremos las que más se aproximan a lo que entendemos por repercusiones familiares derivadas de la enfermedad.

En primer lugar, el autor hace referencia a la cohesión familiar entendida como unidad de afectos. El afecto entre los miembros de una familia lleva a naturalizar las relaciones, rutinas y acciones que los unos tienen con los otros, llegando a ver que es natural que al llegar a casa la comida esté preparada, que sea

el padre o la madre quien lleve al colegio a sus hijos, etc. pero cuando la enfermedad de un hijo irrumpe en la vida de una familia lo que hasta el momento era algo natural, cambia y en ese momento pueden aparecer los conflictos, acompañados, de sufrimiento. Y es que el sufrimiento tras la aparición de una enfermedad viene dado por múltiples factores: en el caso del hijo enfermo, el sufrimiento viene dado por la propia enfermedad y por la percepción de sufrimiento de los demás miembros de la familia a casusa de su enfermedad. El sufrimiento de los padres viene dado por la impotencia de no poder hacer nada por evitar el sufrimiento de un hijo, por la sensación de no estar atendiendo como antes lo hacían al resto de hijos (en caso de existir), a la pareja, el trabajo... los hermanos por su parte sufren por el hermano enfermo, por el cambio de roles que tienen que asumir, por ver el sufrimiento en sus padres...y es que todo ello viene determinado por la afectividad que existe entre los miembros de una familia.

En segundo lugar, debemos hablar de la dinámica familiar, entendida como “el flujo de interacciones entre los miembros de una familia, a los roles representados o atribuidos a cada uno de ellos, al ejercicio de poder y actividad, a la comunicación entre ellos, al juego de la aceptación / rechazo de los códigos normativos por los que se ha optado, etc.” (Polaino-Lorente, 2003, p.94), la cual se puede ver afectada por los problemas que emergen de un nuevo marco circunstancial dado por la aparición de la enfermedad.

En tercer lugar, haremos una breve referencia al núcleo estructural familia – trabajo, el cual ha sido foco de atención, estudio y reflexión de numerosos estudiosos a lo largo de lo que llevamos de siglo. Y es que tener un hijo enfermo crónico significa tener que reducir el tiempo destinado al trabajo profesional (en muchos casos) y tener que destinar tiempo al descanso, por lo que se deben de reorganizar todos estos aspectos.

En cuarto lugar Polaino-Lorente (2003) hace referencia a los cambios normativos en lo que él denomina “encuentro familiar entendido como la manera de funcionar. Por tanto, cuando una enfermedad crónica aparece, el funcionamiento familiar debe cambiar por el bien de todos sus miembros.

Otras consecuencias que puede traer la enfermedad crónica infantil es la tendencia de los padres al aislamiento social, se producen cambios en las expectativas y la economía familiar también puede verse afectada, debido a que la enfermedad puede aumentar los gastos, no solo por los tratamientos, desplazamientos, etc. sino porque se pueden necesitar ayudas externas, a esto se le puede sumar una reducción de jornada laboral y todo ello conlleva una transformación de la economía familiar.





## CAPÍTULO 3. HACIA UNA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La profesora Lizasoáin (2000, p.109) recoge en uno de sus manuales:

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 en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar reírse, estar con otros niños; el que no entienda que un niño 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... sencillamente tienen una concepción errónea o parcial de lo que es la vida.

A partir de esta aportación, presentamos en el capítulo que nos ocupa la definición y principios de la Pedagogía Hospitalaria, así como el modo en que la misma puede optimizar la atención integral del niño. Finalizamos este capítulo con el origen y evolución de las Unidades pedagógicas en España y un pequeño apartado al que hemos titulado: Aulas Hospitalarias: Las escuelas sin Escuela.

### 3.1 Definición y principios

No podemos iniciar este apartado sin aludir a dos grandes referentes en el campo de la Pedagogía Hospitalaria, quienes ya en 1990 definían la Pedagogía Hospitalaria como una rama de la Pedagogía cuyo objeto de estudio, investigación y dedicación debe de ser el educando hospitalizado, con la intención de que haya un progreso en el modo de actuar ante la enfermedad, en el autocuidado y en la prevención de otras alteraciones de la salud, sin descuidar el progreso del aprendizaje cultural y formativo (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990).

Señalamos que desde nuestra más humilde opinión, consideramos que las aportaciones de los citados autores siguen siendo, 25 años más tarde, unas aportaciones que están más vivas que nunca. Tan vivas como la descripción que Polaino-Lorente (1990, pp.72-73) quien define la Pedagogía Hospitalaria como “una

pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la del educador, cuyo diálogo entorno a las cuestiones del vivir y del morir, del sufrimiento y del placer, no finaliza nunca”.

Y es que para el autor, a quien han suscrito sus palabras otros muchos autores entre quienes destacamos a Carrasco (2008, p.63), la Pedagogía Hospitalaria “tiene más que ver con la salud y con la vida, que con la instrucción o el adiestramiento”. Entendiendo ésta como una pedagogía que atiende al educando desde la flexibilidad, adaptando las acciones pedagógicas a cada niño, siendo hoy por hoy, una pedagogía actual.

Siguiendo con otras definiciones, González-Gil y Jenaro (2007, p.241) definen la Pedagogía Hospitalaria como:

rama de la Pedagogía que pretende, de manera multidisciplinar, (pedagógica, psicológica, social, médica...) dar respuesta a las necesidades que se generan en el ámbito de la enfermedad y la hospitalización infantil. Con ello, el niño hospitalizado contará con su proceso de aprendizaje, tanto general como más específicamente centrado en saber hacer frente a su enfermedad y a todo lo que de ella se deriva.

Otros autores como Cárdenas y López (2006) afirman que la Pedagogía Hospitalaria pretende responder a las necesidades de nuestro tiempo, convirtiéndose en una rama que vaya más allá de la acción educativa formal descentrándose de la atención a los niños únicamente para atender a las necesidades de toda la población del ámbito hospitalario. Se debe por tanto propiciar la participación de todos los individuos que interactúan con el paciente, sobre todo la familia, persiguiendo la normalización de la vida del enfermo y su posterior readaptación a la vida cotidiana una vez se abandona el hospital.

Dichos autores consideran que la Pedagogía Hospitalaria es una rama de la Pedagogía Social cuyo objeto se centra en la atención socioeducativa de las personas que padecen una enfermedad crónica. Esta rama de la pedagogía se aplica tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario, convirtiéndose en una actividad educativa que tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción, puesto que se trata de una pedagogía vitalizada.

Autores como Lizasoáin (2000, p.107) considera que la Pedagogía Hospitalaria “es pedagogía en tanto que constituye el conjunto de aquellos medios puestos en acción para llevar a cabo la educación; y es hospitalaria en tanto que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario o en otros ámbitos relacionados con él”.

Para Violant, Molina y Pastor (2011, p.89) el concepto de Pedagogía Hospitalaria avanza al ritmo que avanzan los nuevos retos en la atención asistencial, educativa y lúdica de los menores hospitalizados y desde esa perspectiva entienden la Pedagogía hospitalaria como: “La acción pedagógica que se desarrolla durante los procesos de enfermedad, para dar respuesta a las necesidades biopsicosociales derivadas de dicha situación con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida, garantizando los derechos de la persona con relación a la función educativa”.

En resumen, la Pedagogía Hospitalaria es “un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del enfermo y de todas aquellas personas que interfieren en la vida del paciente” la cual busca el desarrollo integral de la persona en un contexto excepcional de aprendizaje, como puede ser el hospital (Cárdenas y López, 2006, p.59).

Para la autora Lizasoáin (2000, p.112) quien toma las palabras de Polaino-Lorente (1990) la Pedagogía Hospitalaria es:

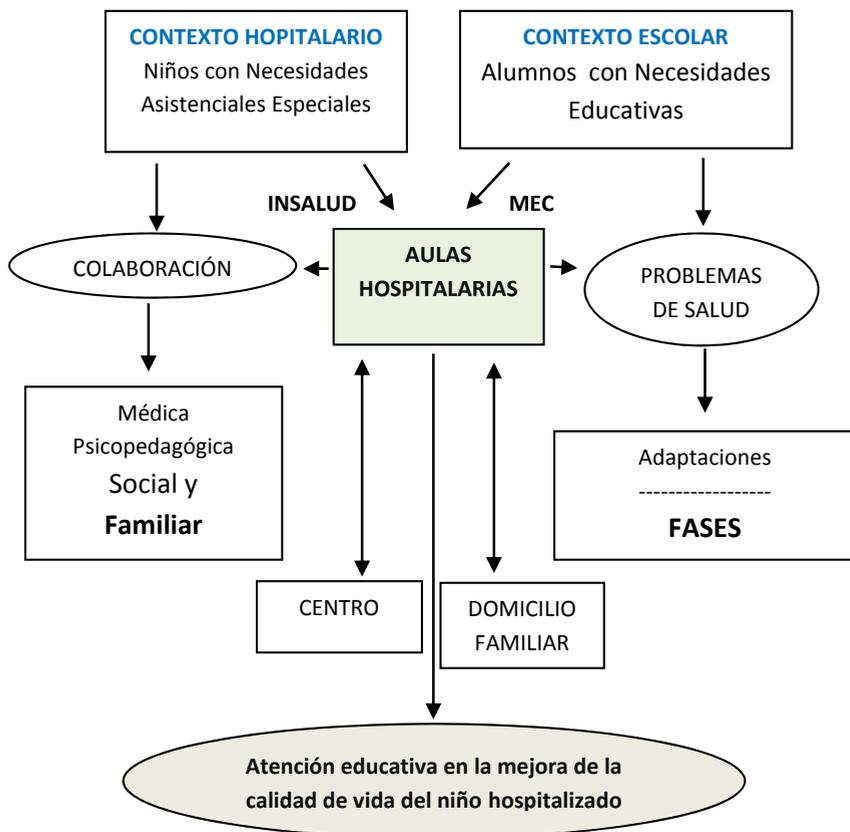
una pedagogía del presente, que liberada de los planes de estudio, se centra únicamente en la situación del niño hospitalizado. Se revela así como la más actual de las pedagogías, una pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la del educador y que aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, mudando su sufrimiento en aprendizaje.

Carrasco (2008, p.64) afirma que un objetivo principal dentro de los objetivos que debe perseguir la Pedagogía Hospitalaria es “prevenir y evitar la marginación respecto del proceso educativo de los niños en edad escolar, que se encuentran ingresados en un hospital” y establece otros 4 objetivos secundarios: el desarrollo de los aspectos cognitivos e intelectuales, el desarrollo afectivo, el desarrollo social y el desarrollo motriz.

Por su parte, Ortiz (2001) articula la Pedagogía Hospitalaria con la Pedagogía Terapéutica, la Educación Especial y la Educación Inclusiva. Con respecto a la Pedagogía Terapéutica, la autora afirma que la Pedagogía Hospitalaria comparte con ella el interés por crear una base educativa que palíe, compense y cure los efectos que la enfermedad tiene sobre las personas. Para la autora, la Pedagogía Hospitalaria se nutre de la vieja Pedagogía (entendemos que Terapéutica) y que da lugar a nueva Pedagogía cuyo ámbito de actuación es el hospital.

Con respecto a la articulación de la Pedagogía Hospitalaria con la Educación Especial, Ortiz (2001) justifica esta relación basándose en que el niño enfermo requiere de una atención educativa especial que palíe las consecuencias que tiene para el individuo encontrarse en un contexto desconocido, que puede ser hostil en algunas ocasiones y que suele resultar estresante. En este sentido, Serradas y Ortiz (2001, p.635) afirman que los niños hospitalizados “requieren de una atención educativa especial y especializada” y ésta podría ser considerada como “una alternativa compensatoria para cubrir las necesidades de aprendizaje que tiene el niño hospitalizado”.

Para finalizar con la aportación de Ortiz (2001) y atendiendo a su concepción de la articulación de la Pedagogía Hospitalaria con la Educación Inclusiva, cabe señalar que para la autora la calidad de vida del niño hospitalizado dependerá en gran medida de la normalización que el niño tenga de su vida, ofreciéndole siempre una atención basada en la filosofía inclusiva. En palabras de Violant, Molina y Pastor (2011, p.100) y tras referirse en su libro a las aportaciones de Grau y Ortiz (2001) afirman que “conseguir una acción educativa que integre la educación inclusiva en el marco de la atención integral al niño, niña y adolescente con enfermedad es uno de los objetivos fundamentales de la Pedagogía Hospitalaria”.



**Figura 6.** Pedagogía Hospitalaria.  
Fuente: Grau y Ortiz (2001, p.37).

Muy acorde con las aportaciones de Grau y Ortiz (2001), encontramos a Caballero (2007) quien entiende que la Pedagogía Hospitalaria es una vía para abordar la Educación Inclusiva. La autora coincide con otros autores en la idea de que mediante la acción educativa en las aulas hospitalarias se provee a los niños y niñas enfermos de una mejor calidad de vida.

Otros autores como Hernández y Rabadán (2013, p.179) establecen que el objetivo de la Pedagogía Hospitalaria radicaría en “realizar los análisis pertinentes y la detección de necesidades educativas de aquellos pacientes que han sido hospitalizados con una previsión de estancias medias o largas”. Dichas necesidades darían paso a una programación educativa capaz de atender al paciente desde la vertiente educativa. Las principales líneas de investigación irían enfocadas hacia la detección de las necesidades educativas que presentan los pacientes, destacando que la edad no sería un factor determinante para la no intervención. Así mismo se debería de profundizar en la importancia de la coordinación entre equipos multidisciplinares que permitiesen una atención holística del paciente.

Las líneas de investigación también deben ir encaminadas a conseguir una mayor sensibilización y valoración de las relaciones entre los pacientes enfermos y sus familiares, así como una atención específica hacia la evolución de la personalidad del paciente. Tal y como destacan los autores citados, cuando la persona que enferma es un niño en edad escolar, se debe velar, siempre que sea posible, por el apoyo en el proceso de enseñanza – aprendizaje, manteniendo una relación fluida con el centro ordinario. En este sentido, Guillén y Mejía (2002) destacan que los objetivos que deben perseguir los programas de las aulas hospitalarias se pueden agrupar en tres bloques: pedagógicos, psicológicos y sociales. En cuanto a los objetivos pedagógicos se destaca el mantenimiento de la actividad educativa con la intención de que el alumno pueda reincorporarse a sus estudios con la mayor eficacia posible. En este aspecto es importante la individualización de la atención educativa del paciente y el mantenimiento de la motivación del alumno por seguir

aprendiendo. Atendiendo al objetivo psicológico es labor del docente hospitalario intervenir para que las vivencias negativas que conlleva la hospitalización disminuyan a través de la comunicación y de la atención educativa del menor. Para finalizar con los objetivos propuestos por Guillén y Mejía (2002), el objetivo social tiene que ver con la creación de un ambiente que acerque al niño a lo que hasta antes de aparecer la enfermedad era el día a día en la vida del niño, o en su defecto, en la vida del niño fuera del hospital.

Por su parte, González- Gil y Jenaro (2007) afirman que hay mucho trabajo por realizar en este ámbito y que la realidad pone de manifiesto que en España no existen instrumentos adecuados ni suficientes que permitan evaluar de un modo óptimo la calidad de vida de los niños cuando la enfermedad irrumpe en sus vidas y deben de ser hospitalizados. Así mismo, dichos autores también ponen de manifiesto en sus estudios que los programas de intervención que existen en los hospitales, suelen presentar carencias en relación a la posibilidad de paliar a través de intervenciones pedagógicas las consecuencias derivadas de la hospitalización y ponen de manifiesto la necesidad de tener en cuenta la valoración que el niño hace de su situación, puesto que las decisiones que afectan al menor suelen ser tomadas sin valorar sus demandas, opiniones ni consideraciones. En este sentido, González-Gil y Jenaro (2007) aportan un avance importante creando diferentes instrumentos que permiten evaluar la percepción de los niños con respecto a su situación en el contexto hospitalario (Cuestionario de Percepción Subjetiva de la Hospitalización y el Hospital – CPSH) así como la valoración de la calidad de vida de los niños y cómo estos perciben su estado de salud (Cuestionario de valoración de la Calidad de Vida del niño hospitalizado KINDL), el cual es una adaptación del cuestionario de Bullinger y Ravens-Sieverer (1997). Dichos autores también adaptan el Cuestionario sobre salud general para niños SF-36 de Ware et.al., (1992).

Según los citados autores, la creación y/o adaptación de estos instrumentos permite a los profesionales de la educación que desarrollan su trabajo en las

Unidades Pedagógicas Hospitalarias determinar el impacto que los factores analizados tienen sobre el menor y así poder diseñar “las propuestas de mejora de en la dinámica y el funcionamiento de las plantas de pediatría de los hospitales generales que permita afrontar la realidad con la que nos encontramos en el ámbito de la hospitalización infantil” (González- Gil y Jenaro , 2007, p.239).

### **3.2 La Pedagogía Hospitalaria como herramienta optimizadora de la calidad de vida y la adaptación del niño hospitalizado**

A tenor de las últimas aportaciones expuestas en el apartado anterior, iniciamos este apartado con las palabras de Polaino-Lorente y Lizasoain (1992, pp.49-50) por ser dos referentes en la aplicación de la Pedagogía Hospitalaria como instrumento de mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados.

En palabras de los autores, “el niño hospitalizado, incluso por un corto periodo de tiempo, puede sufrir diversas alteraciones psicológicas no sólo por su enfermedad, sino por la separación que el niño sufre durante ésta de sus padres y la privación socio-escolar que experimenta”. En cambio, los autores afirman que la asistencia educativa de los niños hospitalizados contribuye a su bienestar emocional, a su felicidad incluso puede influir en su recuperación. Por ello, la enseñanza escolar en los hospitales “no sólo humaniza más la estancia del niño, sino que contribuye también a prevenir los posibles efectos negativos que el tratamiento médico y el propio hospital pueden originar”.

De ahí se deriva que el centro hospitalario deba de propugnar un ambiente lo más cercano posible a la vida diaria del niño, y el hecho de poder seguir con sus actividades académicas y sociales favorece la reducción de las consecuencias negativas que tienen para los niños la hospitalización, y que hemos expuesto en el capítulo II de la presente tesis doctoral.

Una de las premisas fundamentales que se han ido exponiendo a lo largo de este trabajo, es la necesidad de atención educativa que requiere el paciente pediátrico, la cual posibilita, no solo la continuidad de vida lo más normalizada posible, sino que permite al niño enfermo afrontar la ansiedad y la angustia que suelen ir aparejadas a la hospitalización, contando nuevas herramientas. Por tanto, la Pedagogía Hospitalaria se ve como un medio de ayuda hacia los niños hospitalizados. Dicha disciplina, ha de centrar su labor en contribuir al desarrollo

integral del paciente hospitalizado con salud disminuida, únicamente posible a través del trabajo interdisciplinar de profesionales del ámbito educativo y sanitario. De ahí radica la importancia de aunar el ámbito médico y el educativo en torno al paciente hospitalizado, ligándose las necesidades educativas y las asistenciales, compensándose unas y otras. (Hernández y Rabadán, 2013 p.178)

Destacamos en este punto las palabras de la profesora Lizasoáin (2014, pp.8-9) quien describe de un modo magistral, los beneficios que la atención educativa tiene sobre el niño enfermo

la escuela en el hospital lucha contra la pérdida del hábito intelectual, apela a la importancia del esfuerzo, fomenta la conciencia de responsabilidad, reduce las lagunas de aprendizaje y el retraso escolar, previene las alteraciones emocionales, lucha contra el síndrome de hospitalismo, provoca despolarización respecto a la enfermedad, evita el aburrimiento, se centra en la parte sana de la persona enviando un mensaje de recuperación, es una actividad conocida, propia de un niño o un adolescente, añade interés a su día, le proporciona seguridad y confianza, el paciente en el hospital trabaja en grupo, convive con otros alumnos.

En concordancia con las aportaciones de la autora, encontramos otros autores quienes afirman que la atención educativa a los niños hospitalizados reduce la ansiedad de los pacientes. En uno de sus estudios, Serradas, Ortiz y De Manueles (2002, p.243) afirman que los resultados de su investigación “arrojan diferencias significativas entre los niños que asisten al aula hospitalaria de los que no reciben ningún tipo de atención educativa en el estado de la ansiedad”. Por ello, los citados autores consideran que la intervención psicopedagógica en niños hospitalizados es un recurso optimizador de la eficacia de la hospitalización infantil, en tanto en cuanto, es capaz de reducir los efectos negativos que ésta tiene sobre los niños.

Según Polaino-Lorente (1996), la intervención psicopedagógica en el contexto hospitalario debe responder a la pregunta ¿qué podemos hacer? y el modelo de intervención que se elija deberá basarse en el constructo antropológico más

adecuado. Según el autor, podemos distinguir diferentes ámbitos de actuación entre los que se destacan los siguientes:

- En el ámbito clínico, la pedagogía hospitalaria puede ayudar a la adaptación del paciente al nuevo contexto. Mediante la intervención psicopedagógica se puede prevenir la ansiedad y la depresión en niños hospitalizados y por ello es considerada como una actividad necesaria, práctica y conveniente.
- Desde el ámbito psicopatológico, la pedagogía hospitalaria puede aportar programas que ayuden al niño hospitalizado a mejorar sus habilidades sociales y la percepción de control del mismo. Así como programas de educación regular y de motivación.
- Desde el ámbito familiar, la pedagogía hospitalaria puede ejercer un papel muy importante, en tanto en cuanto aporte orientaciones respecto al funcionamiento familiar en relación con la enfermedad, sirve de apoyo ante las necesidades que presenten los padres, los hermanos, los abuelos, etc.
- Desde el ámbito social, el autor hace hincapié en la relación entre iguales dentro y fuera del aula.

Pero de entre todos los beneficios que puede aportar la Pedagogía Hospitalaria, hay uno al que le queremos dedicar una especial atención por todo lo que implica. Sobre todo, tras haber conocido en primera persona la atención a niños con enfermedades graves. Este beneficio hace referencia a la mejora de la calidad de vida del niño enfermo.

El concepto de “calidad de vida” se está convirtiendo en los últimos años en una meta del cuidado médico. Esto se pone de manifiesto tanto en la concienciación que presentan los profesionales de la salud en este campo, como en el cambio manifiesto en las actitudes de los investigadores de los servicios clínicos y de salud a la hora de medir los resultados (Shalock y Verdugo, 2002). Siguiendo con estos autores, el reciente interés por la valoración de la calidad de vida en el ámbito de la

salud, aparece por varios motivos. Entre ellos se destacan: el aumento de enfermedades crónicas, la falta de dotación presupuestaria adecuada en la distribución de recursos sanitarios limitados, el desfase entre los datos de morbilidad hospitalaria y consumo médico y el incremento del reconocimiento social de los derechos del enfermo.

Verdugo (2009) nos plantea que el modelo de calidad de vida también puede ser de gran utilidad en el ámbito educativo, donde existe la necesidad de mejorar tanto la planificación educativa como el desarrollo de modelos específicos de evaluación que estén centrados en la persona.

Autores como Schalock (citado en González-Gil y Jenaro, 2007, p.238) alude a 3 razones que justifican la atención y medición de la calidad de vida del paciente, entendida ésta no como la mera ausencia de salud, como un estado de bienestar. El primer motivo que justifica la importancia de atender a la calidad de vida del niño enfermo responde a que “si nos centramos en el ámbito hospitalario, la tendencia a mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado incidirá en la mejora del sistema hospitalario en su conjunto”.

En segundo lugar, es importante aplicar el concepto calidad de vida en un ámbito concreto y en tercer lugar, porque la revolución de la calidad implica la mejora de los servicios humanos y por tanto, de los servicios de salud. Pero para que ello tenga unos resultados positivos es necesario contar con unos instrumentos adecuados que nos permitan en un primer momento detectar las necesidades que aparecen derivadas del ingreso hospitalario y en segundo lugar valorar la realidad con la que se encuentran los niños cuando llegan al hospital, y cómo sus circunstancias cambian durante el periodo de hospitalización.

Como conclusiones de los estudios de los citados autores, destacamos que según González-Gil y Jenaro (2007), las plantas de pediatría de los hospitales

generales no favorecen la adaptación de los niños hospitalizados, dificultando el mantenimiento de la calidad de vida de los mismos. Dichos autores mantienen que aunque se disponen de herramientas útiles que permiten evaluar la calidad de vida de los niños hospitalizados y las percepciones que tienen sobre su estado de salud, la calidad de vida de los menores las dependencias hospitalarias es baja en nuestro país. En este sentido, Bermúdez y Torío (2012) aportan que las actividades de animación también contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los pacientes pediátricos, ya que a través de éstas los niños se integran mejor en el hospital y se reducen sus niveles de estrés, ansiedad y aislamiento.

Por otro lado, destacamos también las aportaciones de Peirats y Granados (2015, p.206) quienes consideran que las aulas hospitalarias se pueden convertir en un remedio para reducir la intensidad de sentimientos y emociones cuando el ingreso hospitalario conlleva desánimo, tristeza y preocupación. Y es que en palabras de los propios autores, “las aulas hospitalarias son un factor esencial para el desarrollo educativo, formativo y afectivo de una serie de niños que, debido a una enfermedad, pasan un tiempo más o menos prolongado de su vida en un hospital, y por lo tanto lejos de su colegio y de su ambiente familiar y social”.

Para finalizar con los estudios referidos a los beneficios que la Pedagogía Hospitalaria puede aportar al niño enfermo, nos detenemos en las aportaciones de Torralba (2000, p.14), quien defiende que la educación es el instrumento mediante el cual se puede ayudar a detectar las necesidades y por tanto, ayudar a paliarlas. Por otro lado, la educación puede ayudar al educando a descubrir sus posibilidades. En palabras del propio autor, “educar a un niño hospitalizado consiste en practicar esa doble tarea: por un lado, se trata de paliar sus necesidades; por el otro, descubrir sus posibilidades. Y es que incluso en el caso de enfermedades mortales, Torralba (2000, p.15) justifica la importancia del acto educativo, afirmando que incluso en los casos en los un niño padece una enfermedad mortal, la acción educativa puede llevar al menor a descubrir unas posibilidades que no hubiesen sido descubiertas sin la

intervención de un maestro y es que, en palabras textuales del autor “un instante de plenitud en ese tramo final, un momento de felicidad en ese trance tan duro justifica sobradamente la labor educativa”.

No quisiéramos finalizar este apartado sin reflejar la demanda que autores como Roselló, De la Iglesia, Paz-Lourido y Verger (2015, p.38) realizan desde el ámbito de la enfermería, quienes consideran la necesidad de considerar a la Pedagogía Hospitalaria desde una perspectiva más amplia, “teniendo en cuenta no solo la tarea educativa con los niños con enfermedades crónicas, sino también ampliando el campo de estudio a la identificación de necesidades formativas de los profesionales sanitarios y a la elaboración de propuestas de intervención docente en el ámbito hospitalario”.

Este es un campo de estudio que también nos planteamos como futuras líneas de investigación en la presente tesis y que presentaremos tras las conclusiones.

### 3.3 Origen y evolución de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias en España

En sus inicios, el foco de atención de la Pedagogía Hospitalaria se centró en paliar los déficits escolares de los niños que eran ingresados en hospitales. Hoy en día este foco de atención se ha ido ampliando hasta contemplar la intervención con cualquier sector de la población relacionado con el ámbito sanitario, ya sean pacientes de todas las edades, personal sanitario, familiares o población en general.

Cárdenas y López (2006) también se pronuncian con respecto a la evolución de la Pedagogía Hospitalaria, afirmando que tradicionalmente el ámbito propio de la misma era el contexto hospitalario exclusivamente limitando la acción pedagógica al aula hospitalaria o a las habitaciones, en el caso de que éstos no puedan salir de la misma, pero actualmente ya se desarrollan experiencias cuya acción se enmarca en otros ámbitos, tales como: asociaciones, colegios, atención domiciliaria, etc.

En España, el proceso para llegar a encontrarnos en el punto actual en cuanto a la atención educativa en los hospitales ha sido largo y costoso. Podemos afirmar que hoy en día son pocos los hospitales que no cuentan con un aula hospitalaria, pero no siempre fue así. Las primeras escuelas dentro de los hospitales surgen en España a principios de los años cincuenta, de la mano de los hermanos de la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Uno de los primeros ejemplos es el Sanatorio Marítimo de Gijón o el Asilo de San Rafael en Madrid.

Autores como González, Macías y García (2002) datan los inicios de la atención educativa “efectiva” en los hospitales en 1964. Más concretamente en la ciudad sanitaria La Paz, donde existían aulas propias atendidas por maestros contratados por el INSALUD. En el año 1965, la población infantil española sufrió las consecuencias de una epidemia de poliomielitis y con ello surgió la necesidad de atender a los niños enfermos no solo a nivel médico, sino también desde el ámbito educativo. Para dar respuesta a esta demanda, se abrieron por la geografía española

diversas aulas dentro de los hospitales, en concreto se habilitaron aulas en el Hospital de Oviedo, en el Hospital La Fe de Valencia, en el Hospital de Manresa y en los hospitales madrileños: Niño Jesús, Clínico, Gregorio Marañón y Hospital del Rey.

En el año 1966, el Hospital Niño Jesús de Madrid creó 10 unidades de Educación Especial de las que solo quedaron 4 en el año 1997. Este hecho se justifica porque estas aulas fueron creadas en un primer momento para atender a niños con enfermedades como la poliomielitis, parálisis cerebral, Síndrome Tóxico, etc. y en la actualidad estos niños son atendidos desde el ámbito educativo fuera del hospital. En 1974, el Hospital Nacional de Parapléjicos en Toledo, puso en funcionamiento una Sección Pedagógica la cual estaba formada por cinco aulas, una sala de profesores, una biblioteca y la secretaría. Al frente de esta sección había 4 maestros y su misión era atender las necesidades educativas de los niños y adultos hospitalizados. Esta iniciativa no se extendió ya que en nuestro país, la atención educativa en los hospitales se limitaba a atender casos puntuales que resolvieran problemas puntuales como el caso del “Aceite de colza”.

No fue hasta 1982, fecha en la que se publicó la Ley de Integración Social de los Minusválidos, momento en el que este derecho fuese articulado, y empezaron a proliferar las aulas hospitalarias en nuestro país.

En la actualidad, muchos hospitales cuentan con una o varias aulas donde niños con edades comprendidas entre los 3 y los 16 años son atendidos. Detallamos a continuación los datos referidos al número de aulas hospitalarias por comunidad autónoma en nuestro país.

**Tabla 12**

*Aulas hospitalarias ubicadas en hospitales públicos por comunidad autónoma y provincia en España*

	Número de hospitales pertenecientes al Servicio público de salud	Provincia	Número de aulas hospitalarias
Andalucía	64	Almería	3
		Cádiz	4
		Córdoba	3
		Granada	3
		Huelva	4
		Jaén	7
		Málaga	10
		Sevilla	7
Aragón	12	Huesca	0
		Teruel	0
		Zaragoza	2
Asturias	10	Asturias	3
Baleares	6	Baleares	2
Canarias	13	Las Palmas	4
		Tenerife	3
Cantabria	3	Cantabria	1

Fuente: Mora (2015, pp. 16-36).

**Tabla 12**

Continuación

	Número de hospitales pertenecientes al Servicio público de salud	Provincia	Número de aulas hospitalarias
Castilla la Mancha	16	Albacete	2
		Ciudad Real	0
		Toledo	2
Castilla y León	22	Ávila	1
		Burgos	1
		León	1
		Palencia	0
		Salamanca	1
		Segovia	1
		Valladolid	2
		Zamora	0
Cataluña	8	Barcelona	2
		Gerona	1
		Lleida	1
		Tarragona	0
Madrid	30	Madrid	11
Comunidad Valenciana	29	Castellón	1
		Valencia	6
		Alicante	8
Extremadura	14	Badajoz	3
		Cáceres	1

**Tabla 12**  
*Continuación*

	Número de hospitales pertenecientes al Servicio público de salud	Provincia	Número de aulas hospitalarias
<b>Galicia</b>	31	A Coruña	2
		Lugo	3
		Ourense	4
		Pontevedra	3
<b>Navarra</b>	6	Navarra	2
<b>País Vasco</b>	17	Álava	2
		Guipúzcoa	0
		Vizcaya	2
<b>La Rioja</b>	3	La Rioja	1
<b>Murcia</b>	10	Murcia	4

Como podemos observar en la tabla 12, la Comunidad Valenciana es la segunda comunidad en número de aulas hospitalarias, solo por detrás de Andalucía.

### **3.4 Aulas hospitalarias y atención educativa domiciliaria: Las escuelas sin Escuela**

Tras presentar en los apartados anteriores una aproximación a la Pedagogía Hospitalaria desde el punto de vista de diferentes autores, nos centraremos en este momento en la práctica educativa desarrollada en las aulas hospitalarias y en la atención domiciliaria, o en lo que nosotros hemos denominado: Las escuelas sin Escuelas.

Y es que tanto la labor que realizan los compañeros en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria de los hospitales, (muchos de ellos consideran que así deberían de llamarse puesto que el maestro va allí donde hay un niño enfermo), como en los domicilios de los niños que están en fase de recuperación, es una labor que se desarrolla desde “la escuela” pero sin la Escuela.

De ahí la importancia de que el niño, bien en el contexto del hospital, bien desde su propio domicilio, con o sin batas, siga identificando que “ese señor o señora” que pasa cada mañana por su habitación, ese que siempre le sonrío cuando llega al aula, ese que llama al timbre a las once cada mañana y le anima a estudiar, es un maestro más, quien ha cambiado el patio del colegio por los pasillos del hospital, o el aula de música por el comedor de la casa de su alumno. Y es que tal y como afirma Urmeneta (2011, p.11) los maestros hospitalarios “no nos movemos en un ambiente de risas, juegos alboroto y voces exultantes. El nuestro es un entorno de batas blancas, material sanitario, camillas, silencio y a veces un silencio duro y tenso”.

Aproximándonos un poco más a lo que son las Unidades de Pedagogía Hospitalaria, diremos que aunque suelen estar representadas en la mayoría de hospitales por un espacio habilitado como aula, las UPH son para nosotros el equipo

humano formado mayormente por maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica, quienes desarrollan su trabajo dentro del contexto hospitalario.

Estas unidades suelen estar ubicadas en las plantas de pediatría de los hospitales que cuentan con dicho servicio, y están reguladas actualmente en la Comunidad Valenciana, tal y como hemos citado en el capítulo primero, por la instrucción de 22 de septiembre de 2015, de la Dirección general de política educativa.

En el caso de los menores que disponen de un alta hospitalaria, pero no así médica o que se encuentran en fase de recuperación tras haber sufrido una enfermedad o intervención, tiene derecho a recibir atención educativa en sus domicilios. Esta atención puede ser cubierta por algún profesor del centro de referencia del menor con horario incompleto, por un docente de la Unidad de Pedagogía Hospitalaria o por la dotación de personal apropiado de la que dispone la Dirección General de Personal Docente de la Consellería. Todos estos datos se pueden ampliar con la Orden de 21 de noviembre de 2006 de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, por la que se determinan los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria del alumnado que requiera compensación educativa en educación primaria y educación secundaria obligatoria.

Pero, ¿cómo se trabaja en una Unidad de Pedagogía Hospitalaria? ¿Qué metodologías son las más eficientes en este contexto? ¿Cómo es un día de un maestro en el hospital?

Entendiendo que seguimos trabajando en este apartado dentro de una fundamentación teórica, seguiremos basándonos en estudios previos publicados por diferentes autores, dejando nuestra propia experiencia para las conclusiones de la presente tesis doctoral.

### **3.4.1 Actuaciones educativas en el contexto hospitalario**

La profesora Lizasoáin (2000), describe en uno de sus libros que, independientemente de la diversidad de actuaciones que se desarrollan en las aulas hospitalarias motivadas por la tipología de las aulas, las particularidades de cada hospital y del perfil de paciente que se atiende, etc. existen unas actividades que son comunes a todas ellas. Una de las actuaciones que se realizan en las aulas hospitalarias son actividades de enseñanza/aprendizaje entorno al currículum. Tal y como hemos citado en capítulos anteriores, esta atención se puede realizar en el aula o en la habitación del menor.

Por otro lado nos encontramos con actividades lúdico-formativas, las cuales están dirigidas, según la autora hacia a la optimización de la situación personal, social y psicoafectiva del menor hospitalizado.

En tercer lugar nos encontramos con actividades complementarias, que suelen realizarse fuera del horario escolar y pueden estar dirigidas por personal voluntario. Y para finalizar, Violant, Molina y Pastor (2011) de acuerdo con Lizasoáin (2000) afirman que otra actividad común en la práctica educativa desde las UPH es la coordinación entre los diferentes miembros del equipo (en caso de que las UPH estén atendidas por varios docentes), la coordinación con los equipos sanitarios y con las familias, con la administración educativa, con los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, con otros docentes de otros centros hospitalarios, con los colegios de referencia y con las asociaciones que desarrollan actuaciones en el ámbito hospitalario.

De la primera actuación (actividades de enseñanza – aprendizaje), Lizasoáin (2000) extrae una serie de objetivos entre los que destacamos que la actividad escolar debe fomentar el esfuerzo y evitar la pérdida del hábito intelectual de los niños. Así mismo debe favorecer la reincorporación del niño a su colegio, evitar el

retraso escolar y el aburrimiento y lograr una despolarización con respecto de la enfermedad.

Con respecto a las actividades lúdico – formativas, Díez-Ochoa (citada en Lizasoain, 2000, p.83) defiende que estas siempre deben perseguir un fin educativo y deben ser entendidas como “un conjunto de actividades que se dirigen al esparcimiento, a la diversión, a la alegría, la amabilidad, el relajamiento de tensiones, al ánimo festivo y en último término, a no aburrirse”.

Con respecto a la atención tanto lúdica como formativa, destacamos las aportaciones de Violant, Molina y Pastor (2011) quienes consideran que los destinatarios de las mismas no deben ser únicamente los alumnos ingresados, sino que los familiares, muy especialmente los hermanos, deberían ser los receptores de la mencionada acción en el hospital, adecuándose siempre a la enfermedad del paciente, las características individuales, el lugar y el momento.

Siguiendo con las aportaciones de las autoras, los objetivos que se deben de plantear desde las aulas hospitalarias van más allá de los objetivos que aparecen fijados por los centros de referencia, destacando que es necesario preparar al niño para superar las diferentes situaciones que pueden darse durante el ingreso hospitalario, tales como: “conocer y comprender la enfermedad; utilizar el tiempo de ocio, compartir experiencias con otros niños y preparar la vuelta al colegio” (Violant, Molina y Pastor, 2011, p. 106).

En este sentido, Lieutenant (2006) afirma que los objetivos de las escuelas hospitalarias que atienden a niños con enfermedades graves o crónicas se resumen en: garantizar la escolarización de los menores durante el ingreso hospitalario, mantener el contacto con los centros de referencia, trabajar para la inserción o reinserción del niño en el sistema escolar y garantizar la atención domiciliaria, en caso de ser necesaria. El autor le atribuye a la escuela hospitalaria una doble función:

pedagógica y terapéutica. En el sentido pedagógico, la atención educativa en los hospitales supone para el autor “el mantenimiento del nivel escolar, la continuidad del aprendizaje y la reconciliación con la escuela” (p.45). En el sentido terapéutico, el autor entiende que no es la escuela hospitalaria la que ejerce una función terapéutica en sí misma, sino que su actividad tiene efectos terapéuticos sobre los niños.

Respondiendo a la pregunta acerca de las metodologías más utilizadas en las UPH nos encontramos con los criterios metodológicos propuestos por Mejía y González (citados en Violant, Molina y Pastor, 2011), tales como: recursos flexibles, globalizadores, significativos, personalizados, socializadores y motivadores.

En relación con estas últimas aportaciones, encontramos a Plá (2006) quien considera que tanto la flexibilidad como la personalización de la educación deben de estar presentes en las aulas hospitalarias, mucho más si cabe que en la educación normal. De acuerdo con esta aportación encontramos a González, Macías y García (2002) quienes además proponen la globalización de las actividades.

Para Caballero (2007, p.158) la metodología que se sigue en las aulas hospitalarias “está orientada a trabajar según las necesidades y características del grupo”. Se utilizan metodologías activas, y las aulas se convierten en lugares donde los menores pueden expresar sus sentimientos, opiniones e intereses.

En un intento por materializar las metodologías expuestas en este apartado, encontramos a Peirats y Granados (2015. p.204) quienes proponen el aprendizaje por proyectos como una metodología óptima para aplicarse en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria, ya que, tal y como defienden los autores, “los proyectos de trabajo establecen sinergias positivas entre sus alumnos/as, salvando así las diferencias cronológicas de edad y la diversidad de las patologías que se atienden en

el aula hospitalaria, resaltando la labor docente a la hora de adaptar el mismo trabajo a diferentes niveles de competencia curricular”.

Para finalizar con el apartado referido a las actuaciones educativas en el contexto hospitalario, describimos brevemente que la evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje en las aulas hospitalarias se realiza, en los casos en los que la estancia ha sido media, a través de un informe de seguimiento que se le facilitará al tutor del alumno y en los casos en los que la estancia haya sido larga, existirá un contacto permanente entre los docentes del aula hospitalaria y el centro de referencia, teniendo en cuenta que la responsabilidad última sobre este proceso corresponderá siempre al centro educativo en el que esté matriculado el alumno.

Consideramos interesante citar que en la Comunidad Valenciana todos los maestros pueden hacer uso de la plataforma tecnológica “Mestre a casa” el cual ofrece noticias y novedades relacionadas con el ámbito educativo, información de utilidad pedagógica, acceso a más de 2.000 contenidos educativos, software educativo en línea de las diferentes áreas curriculares, enlaces de interés y recursos adicionales, comunidades donde exponer y conocer experiencias didácticas de los centros con las tecnologías como un recurso más en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Otro recurso que nos resulta muy interesante y que puede servir de gran ayuda a los docentes hospitalarios es “la maleta de recursos”, descrita por Plá (2006) como una dinámica alternativa muy útil en los casos en los que la programación no puede seguirse con normalidad. No debemos olvidar que en el contexto hospitalario las programaciones tienen más bien poco sentido. En opinión de la autora, las maletas de recursos deben de personalizarse al máximo, ya que si se consigue motivar al alumno se conseguirá un doble objetivo: que el alumno avance en sus estudios y que éstos normalicen la situación que está viviendo el niño. Pero tal y como plantea Lieutenant (2006), ¿cuáles son los puntos en común y las divergencias

entre las escuelas hospitalarias y la escuela regular? Atendiendo a la ponencia del autor en las VIII Jornadas sobre Pedagogía Hospitalaria, presentamos a continuación un cuadro que resume de un modo claro y conciso las diferencias existentes tanto en la organización como en el funcionamiento entre las aulas ordinarias y las aulas hospitalarias, aportado previamente por Lizasoain y Lieutenant (2002).

**Tabla 13**

*Diferencias entre las aulas hospitalarias y las aulas ordinarias*

<b>Aula Ordinaria (Aula Regular)</b>	<b>Aula Hospitalaria</b>
Asistencia escolar obligatoria	Asistencia voluntaria
Atención grupal	Atención individualizada
Grupos homogéneos (mismas edades)	Grupos heterogéneos
Los grupos de alumnos son fijos	Constante cambio de alumnos
Programación fija y determinada	Gran flexibilidad en la aplicación de la programación
Actividades supeditadas al currículum	Actividades subordinadas al estado de salud del niño y a los tratamientos
Horario completo y extenso	Horario reducido
Gran número de profesores	Reducido número de profesores
Muchas aulas configuradas de manera similar	Aula hospitalaria, salas comunes o habitaciones
Actividades físicas y deportivas	Actividades condicionadas por el centro y el estado físico del niño
Supone normalización	Supone un intento de normalización en un ambiente "anómalo"
La tónica dominante es la salud de los alumnos	La enfermedad y los estado de apatía, la depresión o la ansiedad son la tónica dominante
La socialización es algo natural, así como las relaciones entre iguales	Los niños pueden estar aislados, rodeados por adultos y las interacciones con otros pacientes son más difíciles.
Los padres no están en el colegio	Los padres "pueden permanecer" en el hospital

---

Fuente: adaptado de Lizasoain y Lieutenant (citados en Lieutenant, 2006, p.48).

Antes de dar por finalizado el presente apartado, queremos hacer especial mención a las asociaciones, voluntariados, programas o iniciativas personales que a

través de actividades de animación aportan tanto a los niños hospitalizados como a sus familias, un espacio de tiempo en el que la enfermedad deja paso las sonrisas. Y es que también en este tema encontramos estudios científicos que han analizado los beneficios que sobre la salud física y mental aportan actividades de animación como pueden ser los Payasos de Hospital.

Según Gutiérrez et al. (2008) a nivel nacional, las experiencias de los clowns es reciente, aunque existen intervenciones muy interesantes llevadas a cabo por diferentes grupos de payasos que actualmente trabajan en los hospitales, tales como La sonrisa médica en Mallorca, Payasoshipal en Valencia, Saniclownd en Madrid, Pallapupas en Barcelona, Tiritas Clown en Granada y Pupaclowns en Murcia.

Siguiendo con los citados autores, destacamos las conclusiones de uno de sus estudios en el que afirman que los niños que reciben atención por parte de los payasos de hospital tienen una tendencia a presentar menores niveles de estrés y menos miedos que los niños que no reciben dicha atención. Así mismo, los estudios de los citados autores concluyen que dicha tendencia se mantiene hasta siete días después del alta del menor. En palabras de los propios autores, “gracias a estos profesionales, muchos niños reducen su ansiedad durante todo el proceso quirúrgico, fomentando además la relación con los profesionales sanitarios y desdramatizando todo lo que rodea la intervención quirúrgica” (Gutiérrez et al., 2008, p.196). Aunque también afirman que todavía son escasos los estudios que se han centrado en comprobar la efectividad de sus actuaciones.

Autoras como Meisel, Chewell, Ponsell, Ferreira, Bordas y García-Banda (2009) también recopilan en uno de sus estudios el efecto que tienen “los payasos de hospital” sobre el malestar psicológico y las conductas desadaptativas en niños sometidos a cirugías menores. En este caso, aunque no pueden afirmar con rotundidad que exista una disminución del malestar psicológico significativa, sí que concluyen que las conductas desadaptativas de los niños disminuyen tras la

operación y dejan abiertas las puertas a más investigaciones que les permitan obtener mayores muestras.

Por su parte, un factor interesante y que también ha sido estudiado, es la percepción que tienen los padres ante la animación hospitalaria, y en este caso, autoras como Bermúdez y Torío (2012) afirman que existe una gran aceptación entre las familias de los pacientes pediátricos ante las intervenciones de animación hospitalaria de asociaciones como Cruz roja, Galbán, La Caixa, Sed (entre muchos otros). Las autoras demandan una mayor continuidad de las intervenciones y necesidad de formación de profesionales encargados de formar a su vez a los voluntarios que se encargan de las citadas actividades de animación hospitalaria

### ***3.4.2 Técnicas y programas de preparación para la hospitalización infantil***

Previo a las acciones educativas que se desarrollan en el contexto hospitalario, varios son los autores que han recogido en sus libros, manuales y artículos las técnicas y programas de preparación para la hospitalización infantil.

Comenzaremos como en otros apartados con las aportaciones de (Lizasoáin, 2000) quien afirma que aunque son pocas las investigaciones basadas en los beneficios que aportan los citados programas debido a la escasez de instrumentos estandarizados o de diseños apropiados, su proliferación va en aumento debido a que la preparación a la hospitalización es considerada una estrategia de prevención efectiva ante la aparición de secuelas negativas derivadas de una experiencia traumática.

Es destacable que aunque en España todavía son pocos los hospitales que desarrollan este tipo de programas, en Estados Unidos en 70% de los hospitales pediátricos ofrecen una preparación hospitalaria tanto para los niños como para sus padres.

En la mayoría de hospitales de EEUU, existen programas de preparación a la hospitalización tanto antes, como durante y después del ingreso. En los días previos al ingreso hospitalario, el programa contempla la visita de los padres y del niño enfermo a la unidad de pediatría, con la intención de mejorar la visión que se tiene de los hospitales y de familiarizarse con el entorno.

Durante la hospitalización, y aquí encontramos muchas semejanzas con el procedimiento nacional, los niños son atendidos desde el punto de vista educativo y lúdico, permitiéndole compartir estas experiencias con otros niños. Un aspecto diferenciador con nuestro sistema es la organización periódica de reuniones con los padres y los hermanos de los niños ingresados, impartidas por un orientador y en donde los familiares exponen sus dudas, temores y preocupaciones y reciben las orientaciones pertinentes.

Después de la hospitalización, existen un programa de orientación y seguimiento familiar, donde se ofrece atención tanto a los niños como a los padres con el fin de “reforzar y clarificar las orientaciones dadas en el hospital y de supervisar el desarrollo emocional y cognitivo del niño durante ese periodo” (Lizasoáin, 2000. p.144).

Bien es cierto que tal y como destaca la autora, la mayoría de intervenciones en este ámbito responden a un corte psicológico muy enraizado en la psicología clínica, pero más allá de esta breve intervención puntual, es el mantenimiento de las actividades educativas y lúdicas donde pueden alcanzar su principal función los programas de intervención.

En el ámbito nacional, las estrategias psicopedagógicas más utilizadas para preparar a los niños tanto para la hospitalización como para determinados tratamientos médicos, son (Lizasoáin, 2000):

- a) El modelo filmado: es una técnica donde el visionado de un video o película donde se reproduce un escenario similar al que el niño va a tener que hacer frente le dota de estrategias conductuales apropiadas. Esta estrategia está basada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1983), la cual defiende que una conducta se establece a través la práctica y sostiene que la conducta puede ser aprendida y modificada mediante la observación de la misma y sus consecuencias (aprendizaje vicario).
- b) El tour o visita por el hospital: es una técnica muy utilizada pero que carece de validación empírica.
- c) La relajación corporal: es una técnica que está más enfocada a la preparación del niño para el sometimiento a alguna prueba y en este caso sí que existen evidencias de sus beneficios, entre las que se destacan una mayor colaboración por parte del menor y una mayor tolerancia al dolor.
- d) La distracción: tiene como objetivo descentralizar el foco de atención del niño en la prueba médica y se basa en la realización de otra actividad durante la aplicación del tratamiento, como puede ser escuchar un cuento, ver la Tv, jugar, oír música, etc.).
- e) La imaginación guiada: forma parte de las técnicas potenciales para la disminución de la ansiedad y las conductas agresivas. Para aplicar esta técnica se le pide al niño que imagine cosas positivas, lugares agradables, viajes... con el objetivo de evadirse de la realidad en momentos donde los tratamientos pueden resultar más duros o cuando la falta de movilidad le impide desplazarse.
- f) Los refuerzos: son incentivos que se le ofrecen al niño cuando su conducta en la adecuada y pueden llevar a que el niño perciba su situación como un reto.

### ***3.4.3 Actuaciones educativas en el contexto domiciliario***

Tal y como hemos avanzado al inicio del presente apartado, la atención educativa domiciliaria surge ante la necesidad de dar cobertura educativa a los alumnos que debido a la enfermedad no pueden asistir regularmente a su centro

educativo, debiendo permanecer en periodos continuos o intermitentes en su domicilio.

Y es que la tendencia a reducir las hospitalizaciones al mínimo tiempo posible también supone que la atención educativa domiciliaria vaya cobrando cada vez, mayor relevancia.

Los docentes encargados de la atención de estos menores, tal y como dispone la Orden de 21 de Noviembre de 2006 de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte deben establecer un plan de trabajo individualizado para cada alumno, basado en la propuesta curricular que el centro de referencia ha elaborado para el alumno en cuestión y en la información recabada que pueda ser relevante a la hora de diseñar el citado plan de actuación. Los padres deberán de ser informados tanto del plan de trabajo como de todos los aspectos que educativamente conciernen a su hijo y el maestro encargado de la atención domiciliaria mantendrá reuniones periódicas con los profesores del centro de referencia del alumno. Así mismo informará al centro de las dificultades con las que se encuentra así como de las necesidades técnicas o materiales encontradas con la intención de encontrar soluciones.

A la finalización de cada mes se presentará una memoria donde el maestro de atención domiciliaria especificará los aspectos desarrollados, los avances conseguidos y las propuestas de mejora consideradas, así como participará en proceso de evaluación del alumno.



## CAPÍTULO 4. COMPETENCIAS DOCENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Para acercarnos un poco más al objetivo de nuestra tesis, pasamos a estudiar en el capítulo cuatro el término “competencias” dentro del marco del Espacio Europeo de Educación Superior. Una vez realizada esta primera aproximación al término, presentamos una breve reflexión sobre el uso de la terminología competencias versus resultados de aprendizaje, así como un breve resumen del Proyecto Tuning Educational Structures in Europe, por ser el modelo elegido para diseñar nuestra propuesta de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para docentes. Tras este apartado, presentamos las aportaciones más recientes centradas en el estudio del perfil profesional del docente para dar paso como último apartado a las competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria con las que deben contar los maestros.

### 4.1 Aproximación conceptual

Tras la creación del Área de Educación Europea se establece como eje del planteamiento educativo que la educación se centre en el aprendizaje más que en la enseñanza. Lo que se pretende poner de manifiesto con este planteamiento es la importancia del papel activo que debe de asumir el alumno con respecto a la adquisición de nuevos aprendizajes. Desde este nuevo paradigma, la educación se define en términos de adquisición de las habilidades, valores, capacidades y competencias necesarias que permitan al alumno actualizar progresivamente sus conocimientos a lo largo de toda la vida.

Barragán y Buzón (2005) afirman que la evolución de la cultura educativa y del paradigma educativo ha pasado en los últimos años de centrarse en el docente como protagonista del hecho educativo a la primacía de la autonomía y la actividad del discente. Ello ha supuesto un cambio en la perspectiva educativa donde en la actualidad se demanda el “aprender a aprender”.

Zabalza y Arnau (2007) citados en García y López (2011) afirman que la escuela, lejos de centrarse en la trasmisión de conocimientos, debe de ir un paso más allá y formar a los alumnos en competencias básicas, las cuales les permitan seleccionar la información desde una perspectiva crítica. Así mismo, dichas competencias básicas deben de estar enfocadas a que el alumno sea capaz de afrontar los retos que la sociedad actual, en constante cambio, plantea diariamente.

Es justo desde esta perspectiva, desde donde se ha incorporado al ámbito educativo el concepto de “enseñanza por competencias”. En palabras de García y López (2011, p.536) “nos encontramos por tanto ante una corriente de renovación curricular que incide –entre otros aspectos- en la necesidad de concretar y medir en logros observables y cuantificables los aprendizajes alcanzados por los estudiantes”.

Tal y como afirman Bajo, Maldonado, Moreno, Moya y Tudela (2011, p.1):

no se trata de negar el valor que la adquisición de conocimientos tiene en el proceso educativo sino de acentuar la importancia que en el proceso educativo debe tener la adquisición de procedimientos que permitan la actualización de los mismos y también la adquisición de capacidades que sirvan de base a esos procedimientos. Dada la conciencia, cada día mayor y más extendida, del alto grado de provisionalidad de los conocimientos adquiridos en un momento dado de nuestra vida, parece conveniente desplazar el acento desde una educación que hasta ahora ha estado preferentemente centrada en la enseñanza de contenidos hacia una educación orientada al aprendizaje de competencias.

Otros autores como Pérez Gómez (2007) aluden en sus estudios a los numerosos cambios que han experimentado las sociedades más desarrolladas en las formas de vivir, en los movimientos demográficos, en la manera de relacionarnos, y sobre todo, en los avances tecnológicos y la cantidad de información a la que tenemos acceso. Todo ello demanda respuestas a los sistemas educativos, a las escuelas y a los profesionales de la educación para que atendamos a esos nuevos retos que el mundo moderno nos plantea. De esta demanda y de la intención de los

agentes educativos por atenderla, surge la nueva concepción del término competencia, el cual tuvo su origen en el mundo laboral.

De un modo muy breve, especificamos que el concepto de competencias en el mundo laboral se generalizó en las décadas de los 70 y 80, dentro de la gestión de los recursos humanos. En aquellos países en los que existían notables diferencias entre las cualificaciones ofrecidas por los diferentes sistemas educativos y las demandas del mundo laboral, se inició una profunda reflexión que tenía como finalidad buscar el modo de adecuar la formación de los futuros trabajadores a un contexto cada vez más cambiante y que demandaba nuevos perfiles.

Gonzi (citado en Posadas, 2005, p.6) afirma que de esta demanda surgieron las competencias laborales, cuyo es definido como “una actividad cognitiva compleja que exige a la persona establecer relaciones entre la práctica y la teoría, transferir el aprendizaje a diferentes situaciones, aprender a aprender, plantear y resolver problemas y actuar de manera inteligente y crítica en una situación”.

Autores como Hutmacher (2003) siguen considerando hoy en día el término competencias como algo muy ligado al ámbito económico y laboral más que al educativo, y son fieles defensores de la tradición. Con este nuevo enfoque sobre las competencias, investigadores de la Universidad de Harvard comenzaron a desarrollar técnicas mediante las cuales pudieran descubrir e identificar variables que les permitieran predecir cuál iba ser la respuesta de un individuo en su puesto de trabajo. Un pionero en esta área fue el profesor de Psicología de Harvard, Davis McClelland, quien trató de descubrir qué variables eran las que determinaban el rendimiento de un trabajador en base a su formación académica, intentando encontrar si existía correlación entre el éxito académico y el laboral. Su trabajo le llevó a concluir que las metodologías tradicionales de aprendizaje y de evaluación no garantizaban el buen desempeño de las tareas. A partir de esta conclusión, McClelland trabajó en la búsqueda de otras variables o competencias que ajustaran

la formación al buen desempeño de un trabajo. Entre las técnicas que desarrolló, destaca la Entrevista de Incidentes Críticos o Eventos Conductuales, la cual permite comprobar estadísticamente la relación entre el rendimiento académico y el laboral.

Para ir centrando el tema de estudio, aportaremos en este apartado tres definiciones del término competencia que consideramos más descriptivos. Autores como Zabala y Arnau (2008, pp. 43-44), proponen definir el término competencia como: "La capacidad o habilidad de efectuar tareas o hacer frente a situaciones diversas de forma eficaz en un contexto determinado. Y para ello es necesario movilizar actitudes, habilidades y conocimientos al mismo tiempo y de forma interrelacionada".

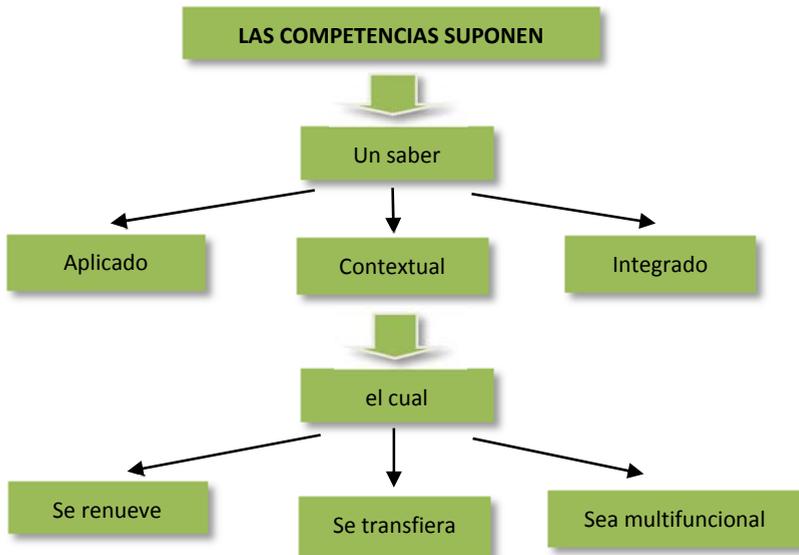
Por su parte Perrenoud (2004) citado en Cano (2008, p.36), define las competencias como: "las aptitudes para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizando a conciencia y de manera a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y de razonamiento".

La última definición que aportamos es la atribuible a Comellas (2002, p.19) quien define el término como:

aquella habilidad que permite la ejecución correcta de una tarea, lo que implica tanto la posesión de ciertos conocimientos como la práctica en la resolución de tareas, por lo que se dice que una persona es competente cuando es capaz de "saber, saber hacer y saber estar" mediante un conjunto de comportamientos (cognitivos, psicomotores y afectivos) que le permiten ejercer eficazmente una actividad considerada generalmente como compleja.

Atendiendo a todos estos cambios sociales y al significado de competencias, la Unión europea se planteó en el año 2002 una estrategia global de unificación de los esquemas educativos de formación superior, que permitiesen alcanzar los niveles

de competitividad y calidad exigidos por la sociedad. El principal proyecto que se llevó a cabo fue el Tuning Educational Structures in Europe.



**Figura 7.** Las competencias según el Parlamento europeo (2.006)

Fuente: elaboración propia.

## **4.2 El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe**

Nos detenemos momentáneamente en la presentación de un resumen de lo que ha supuesto en materia de diseño de los nuevos planes de estudio de las universidades de Europa el Proyecto Tuning por tratarse del modelo elegido para diseñar nuestra propuesta de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para docentes.

Con el objetivo de poner de manifiesto la importancia de la adquisición de las competencias necesarias para el desempeño de una carrera profesional con las mayores garantías, procedemos al estudio del Proyecto Tuning.

Como introducción cabe señalar que el Tuning es el proyecto creado por las universidades europeas que mayor impacto ha tenido en los últimos años. Su finalidad ha sido dar respuesta a la Declaración de Bolonia y al Comunicado de Praga, tal y como afirma Müller-Solguer (2003). Su creación ha estado impulsada por el deseo de contribuir a la creación del Espacio Europeo de Educación Superior y por la búsqueda de la calidad de las universidades europeas.

El Proyecto Tuning nació de la reflexión sobre educación superior que los acelerados cambios de la sociedad han ido promoviendo en las últimas décadas. La necesidad de adaptación de los estudiantes a estos cambios, la movilidad de los mismos, la búsqueda de un empleo finalizados los estudios, todo ello requiere de un sistema organizado que basándose en la transparencia, ofrezca información fiable y objetiva sobre la oferta de programas educativos. A ello, se suma la demanda de los empleadores dentro y fuera de Europa, quienes exigen información fiable acerca de lo que significa en la práctica, una capacitación o un título determinado.

En un principio, el Proyecto Tuning consiguió extraer una propuesta de competencias generales que debían de ser tomadas en cuenta para el diseño de los nuevos planes de estudios universitarios adaptándolos al Área de Educación

Europea, así como una propuesta de competencias específicas para cada área de estudio.

Es importante señalar también que el Tuning no se centra en los sistemas educativos sino en las estructuras y en los contenidos de los estudios. Se remarca en su informe final que mientras que los gobiernos son los responsables de los sistemas educativos, las universidades deben de ser las responsables de las estructuras y de los contenidos de sus titulaciones.

Con la intención de ir perfilando la presentación del proyecto, cabe destacar que el nombre Tuning surge del ámbito musical. El verbo “to tune” significa afinar, prepararse y ejercitarse. Esta es la filosofía del proyecto, al igual que en una orquesta todos los músicos están coordinados, trabajan en equipo, contribuyen a una tarea común, el Proyecto Tuning busca el entendimiento mutuo protegiendo la diversidad de la educación europea. Resumiríamos la idea en que el Tuning busca en los estudios superiores puntos de referencia y de convergencia, huyendo de un currículum unificado que restrinja la independencia de académicos o especialistas. El proyecto no trata por tanto de crear currículos europeos ni especificaciones de asignaturas sino impulsar un alto nivel de convergencia en las siete áreas temáticas (en la segunda fase se ampliaron a nueve) en las que agrupa el proyecto las diferentes disciplinas universitarias europeas. Esta siete áreas son Ciencias de la Educación, Geología, Historia, Empresariales, Matemáticas, Física y Química (más tarde se añadió Enfermería y Estudios Europeos).

En su primera fase, (2000 – 2002) se desarrolló una metodología que permitió diseñar “programas de titulación” partiendo de perfiles profesionales concretos. Tal y como aparece en el informe final, fase 2 (p. 11) “los perfiles se traducen en resultados de aprendizaje expresados en competencias y vinculados con créditos (ECTS) basados en el trabajo del estudiante”.

Así mismo, otro objetivo del proyecto se centra en desarrollar perfiles profesionales, resultados de aprendizaje y competencias deseables en los estudiantes universitarios. Es necesario definir en este punto los términos “resultados de aprendizaje” y “competencias” según el Proyecto Tuning.

González y Wagenaar, (2003, p. 28) definen los resultados de aprendizaje como “el conjunto de competencias que incluyen conocimientos, comprensión y habilidades que se espera que el estudiante domine, comprenda y demuestre después completar un proceso largo de aprendizaje”.

Estos mismos autores en el informe final de la fase 2 (2006) concluyen que los resultados de aprendizaje son:

formulaciones de lo que estudiante debe conocer, comprender o ser capaz de demostrar tras la finalización de una experiencia de aprendizaje. Los resultados de aprendizaje pueden estar referidos a una sola unidad o módulo de curso o a un periodo de estudios. Por último los resultados de aprendizaje especifican los requisitos mínimos para la concesión de un número determinado de créditos y deben su formulación al cuerpo docente” (González y Wagenaar, 2006, p.14).

Las competencias son definidas en este mismo documento como una combinación dinámica de conocimientos, habilidades, capacidades y valores. La obtención de las mismas recae en el estudiante. Así mismo, las competencias se dividen en el proyecto en dos tipos: competencias generales que son independientes del área de estudio y competencias específicas que son relativas a cada área temática.

No es nuestra intención abrir en este punto un debate centrado en las diferencias entre competencias y resultados de aprendizaje, pero consideramos que es positivo justificar la acepción que vamos a utilizar en nuestra investigación con la intención de desterrar erratas en el diseño de nuestra propuesta de competencias.

Es muy común encontrar los términos competencias y resultados de aprendizaje como sinónimos, llegando a ser habitual que los documentos legislativos así los presenten. Muestra de ello es que el **Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales** señala en su exposición de motivos que:

Los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado en contenidos y horas lectivas.

Pero el concepto de resultados del aprendizaje, aunque no de manera explícita, se menciona en la exposición de motivos:

Se proponen los créditos europeos, ECTS, como unidad de medida que refleja los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios.

Por si esto no diese lugar a confusiones, en su anexo I especifica que:

Para su correspondiente verificación, las universidades deben presentar “las competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título.

y en el punto 8 del Anexo I se especifica que:

La universidad debe presentar el procedimiento general de la Universidad para valorar el progreso y los resultados del aprendizaje de los estudiantes.

Ello ha derivado en una inevitable confusión por parte de muchos profesionales que nos dedicamos a la enseñanza. Por si esto fuera poco, en el **Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior**, encontramos en el artículo 2. Definiciones, lo siguiente:

A los efectos de lo previsto en el presente real decreto se entiende por:

- a) Cualificación: Cualquier título, diploma o certificado emitido por una institución educativa que acredita haber adquirido un conjunto de resultados del aprendizaje, después de haber superado satisfactoriamente un programa de formación en una institución legalmente reconocida en el ámbito de la educación superior.
- b) Resultado del aprendizaje: Aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer.
- c) Nivel (en un Marco de Cualificaciones): El referente definido en términos de descriptores genéricos para la clasificación de las diferentes cualificaciones de la educación superior, expresado en resultados del aprendizaje, a los que se puede adscribir, mediante la oportuna comparación, una cualificación concreta.
- d) Descriptor: Colección de resultados del aprendizaje que caracteriza un determinado nivel en un marco de cualificaciones.

El Real Decreto 22/2015, de 23 de enero, por el que se establecen los requisitos de expedición del Suplemento Europeo a los títulos regulados en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y se modifica el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, no modifica en lo sustancial los aspectos referidos a las acepciones de los términos competencias y resultados de aprendizaje, pero consideramos oportuno citarlo velando por una actualización de la normativa presentada en la presente tesis.

En este sentido, la ANECA, en un intento por ofrecer unas orientaciones claras con respecto al diseño de los planes de estudios nacionales ha elaborado una Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje, la cual ya nos deja entrever su postura al respecto. En ella se presentan unas orientaciones dirigidas a la formulación de resultados de aprendizaje pero puesto que nuestra propuesta se basa en el Proyecto Tuning, consideramos apropiado atender a las acepciones de González y Wagenaar (2003).

Siguiendo con el resumen del Proyecto Tuning, los demás objetivos del proyecto se resumen en facilitar la transparencia en las estructuras académicas, impulsar la innovación, crear redes europeas capaces de presentar prácticas eficaces y que estimulen la calidad, optimizar el reconocimiento de los diplomas a nivel europeo, crear puentes entre la red de universidades y otras entidades y elaborar una metodología capaz de analizar los elementos comunes y las áreas específicas para alcanzar un consenso.

Tal y como especifica el informe final del proyecto, éste ha sido diseñado de un modo independiente por las universidades y ha estado coordinado por profesores universitarios de más de 100 instituciones de educación superior de toda Europa (González y Wagenaar, 2003).

Con respecto a las líneas de enfoque del Proyecto Tuning, el proyecto se desarrolla en base a 4 líneas: a) competencias genéricas, b) competencias específicas, c) el papel del ECTS como sistema de transferencia y acumulación de créditos y d) enfoques de aprendizaje, enseñanza y evaluación en relación con la garantía y control de calidad. Atendemos en primer lugar a las competencias genéricas, entendiéndolas como las destrezas que identifican los elementos que pueden ser comunes a cualquier titulación. Para llegar a un consenso sobre qué competencias deberían de tener en cuenta todas las áreas de estudio del proyecto, se elaboraron cuestionarios aplicados a graduados, empleadores y académicos en las siete áreas estudiadas. La muestra estuvo compuesta por 5.183 graduados, 944 empleadores y 998 académicos de 16 países europeos. Para la elaboración de los cuestionarios se seleccionaron 30 competencias genéricas divididas en tres categorías: instrumentales, interpersonales y sistémicas. A modo de resumen, señalar que las competencias instrumentales son aquellas que tienen una función instrumental y entre ellas se incluyen las habilidades cognoscitivas, las capacidades metodológicas para manipular el ambiente, las destrezas tecnológicas y las destrezas lingüísticas. Las competencias interpersonales hacen referencia a las capacidades

individuales relacionadas con las habilidades críticas y de autocrítica y con la capacidad de expresar los propios sentimientos. Y por último, las competencias sistémicas hacen referencia a las destrezas y habilidades que permiten que los individuos vean como las partes de un todo se relacionan, concibiendo los sistemas como una totalidad. En la tabla siguiente, presentamos como se definieron y concretaron las competencias entorno a los tres grupos citados en las líneas anteriores y las cuales sirvieron para la elaboración de los cuestionarios del proyecto.

**Tabla 14**

*Competencias genéricas según el Proyecto Tuning*

<b>Competencias instrumentales</b>	<b>Competencias interpersonales</b>	<b>Competencias sistémicas</b>
Capacidad de análisis y síntesis.	Capacidad crítica y autocrítica.	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
Capacidad de organizar y planificar. Conocimientos generales básicos.	Trabajo en equipo. Habilidades interpersonales.	Habilidades de investigación.
Conocimientos básicos de la profesión.	Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar.	Capacidad de aprender.
Comunicación oral y escrita en la propia lengua.	Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
Conocimiento de una segunda lengua.	Apreciación de la diversidad y multiculturalidad.	Capacidad para generar nuevas ideas.
Habilidades básicas de manejo del ordenador.	Habilidad de trabajar en un contexto internacional.	Liderazgo.
Habilidades de gestión de la información.	Compromiso ético	Conocimiento de culturas y costumbres de otros países.
Resolución de problemas.		Habilidad para trabajar de forma autónoma.
Toma de decisiones.		Diseño y gestión de proyectos.
		Iniciativa y espíritu emprendedor.
		Preocupación por la calidad.
		Motivación de logro

Fuente: elaboración propia consultado de González y Wagenaar (2003, pp.83-84).

Los encuestados evaluaron la importancia y el nivel de logro en cada competencia por titulaciones de cada área temática y clasificaron las cinco competencias más importantes. El cuestionario que respondieron los académicos se basó en las 17 competencias que los empleadores y graduados valoraron como las más importantes. Para cada competencia, los encuestados indicaron la importancia que tenía dicha competencia para su profesión y el nivel de realización en la ejecución conseguido como resultado de sus estudios profesionales.

Las conclusiones a las que se llegó en esta fase del estudio concluyeron un alto grado de correlación entre la clasificación que hicieron los empleadores y la clasificación que hicieron los graduados en toda Europa con respecto a la importancia de las competencias genéricas (correlación de Spearman de 0.97304).

Con respecto a la importancia de las competencias, se concluye en esta primera parte del Proyecto Tuning que el desarrollo de las competencias y destrezas encaja en el paradigma de una educación centrada en el estudiante, tal y como viene defendiendo la filosofía de Bolonia. Por ello, tanto las actividades educativas como la organización de los aprendizajes se basan en lo que el estudiante necesita lograr.

Por otro lado, la transparencia y la calidad en los perfiles profesionales y académicos conforman una ventaja para el acceso al mercado de trabajo y la definición de dichos perfiles está relacionada de un modo muy estrecho con la consecución de competencias.

Los coordinadores del proyecto apuntan en las conclusiones extraídas de la primera fase que la consulta podría haberse extendido a otros grupos sociales, para conocer su opinión acerca de la importancia de las competencias genéricas y su orden de prioridad.

A continuación pasamos a definir la segunda línea de enfoque de la primera fase del Proyecto Tuning: las competencias específicas. En el presente apartado nos

centraremos en el análisis de las competencias específicas del Área Temática de Ciencias de la Educación del Proyecto Tuning Educational. Adelantamos que el informe final de la fase I no ofrece información relativa los resultados de los cuestionarios sobre competencias específicas de las que deberían dotar las titulaciones de Educación de los diferentes países de Europa.

Gunnarsson y cols. (2003, p.149) nos remiten al documento británico QAA, el cual nos presenta los principios que deberían definir las titulaciones de educación, entre los que destaca y citamos literalmente:

- Aproximarse a una gran variedad de recursos intelectuales, perspectivas teóricas y disciplinas académicas para favorecer el conocimiento del significado de la educación y de los contextos en los que ésta tiene lugar.
- Ofrecer a los alumnos conocimiento amplio y equilibrado sobre los rasgos fundamentales de la educación en una amplia variedad de contextos.
- Estimular al alumno para que se cuestione temas fundamentales relativos a las metas y valores de la educación y su relación con la sociedad.
- Dar oportunidades a los alumnos para que valoren la naturaleza compleja de la teoría, la política y la práctica educativas.
- Animar a los alumnos a que se hagan preguntas sobre los procesos educativos en variedad de contextos.
- Desarrollar en los alumnos la habilidad para construir y defender argumentos razonados sobre temas educativos de manera clara, lúcida y coherente.
- Promover un conjunto de cualidades en los alumnos incluyendo la independencia intelectual y el pensamiento crítico apoyado en datos.

Siguiendo con el análisis de las líneas de enfoque del Tuning, señalamos exclusivamente que el informe del mismo ofrece una guía de buenas prácticas para el establecimiento de un sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos en el cual no vamos a profundizar por no ser relevante para la elaboración y diseño del marco empírico de la presente tesis doctoral. Por el contrario, la metodología presentada en el desarrollo de las competencias generales y específicas sustentará el diseño de la parte empírica de la tesis.

### 4.3 El perfil profesional del maestro hospitalario

Tal y como adelantamos en la justificación de la presente tesis doctoral, la legislación educativa vigente en nuestro país no exige a los profesionales que desarrollan su trabajo en las Unidades Pedagógicas Hospitalarias una formación previa específica en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria, aunque sí exige una formación específica una vez se ha optado a un puesto en las aulas hospitalarias (punto 4, apartado quinto de la Instrucción de 22 de septiembre de 2015, de la Dirección general de política educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016).

En este sentido, autores como Guillén y Mejía (2002) y Molina y Violant (2009) afirman que el acceso a los puestos de trabajo de los profesionales que desarrollan su labor en las aulas hospitalarias varía de unas comunidades autónomas a otras, pudiendo encontrarnos con maestros con plazas definitivas que acceden a las aulas hospitalarias a través de concursos de traslados, como con profesores en comisión de servicios, pasando por profesores que son contratados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El acceso a los puestos docentes en las aulas hospitalarias en la Comunidad Valenciana queda regulado en la Orden de 21 de Noviembre de 2006 de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, la cual determina los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria del alumnado que requiera compensación educativa en educación primaria y secundaria obligatoria. En esta orden se establece el objeto de las unidades educativas hospitalarias, los recursos personales de dichas unidades así como la jornada laboral del profesorado que las atiende. En ningún momento se hace referencia en este documento a las competencias específicas de formación que deberían poseer los docentes que trabajan en ellas, únicamente en su art. 2 "Recursos personales en la unidad docente

hospitalaria, se establece que: la plantilla de cada unidad educativa hospitalaria será cubierta por funcionarios pertenecientes a los cuerpos de maestros y de profesores de enseñanza secundaria. Los puestos de trabajo de catálogo de dichas plantillas se proveerán mediante el sistema ordinario de provisión”.

#### ***4.3.1 La formación del maestro hospitalario***

A nivel nacional son escasas las investigaciones que hablan de la formación de los maestros hospitalarios. No sucede lo mismo con la formación de los pedagogos hospitalarios sobre la que podemos encontrar alguna investigación más, y quienes siguen reivindicando su papel en la atención hospitalaria y que, por supuesto, apoyamos desde nuestra situación como investigadores en este ámbito. De acuerdo con Castañeda (2006a) y Violant (2015), la mejor aportación que los profesionales de la educación podemos dar a la atención de los niños hospitalizados es la de un equipo multidisciplinar que trabaje de manera conjunta por una atención integral del paciente.

En esta misma línea es conveniente citar las aportaciones de Polaino- Lorente (1996) quien aboga por la optimización de las intervenciones a través de un modelo integrado de profesiones y profesionales con altos niveles de competencia que trabajen en pro del niño enfermo y de Ortiz (2001) quien reflexiona sobre quién debe de asumir la responsabilidad de compensar las desigualdades y de apoyar el proceso educativo del niño enfermo, llegando a la conclusión y coincidiendo con los autores citados recientemente, que esta responsabilidad debe de ser compartida entre el personal sanitario, los psicólogos, maestros del centro ordinario y del aula hospitalaria, el educador social, los padres, etc.

A estas aportaciones añadimos los estudios de López de Dicastillo (2003) quien aboga por equipos formados por al menos un profesional del magisterio, un profesional de la educación y un profesional de la psicología, con funciones propias

de cada rama del conocimiento y objetivos concretos. Y es que según González, Macía y García (2002, p.341) aunque la atención educativa de los alumnos hospitalizados corre en la actualidad a cargo solo de maestros, éstos “necesitan un apoyo permanente del que depende la calidad de la actividad educativa desarrollada”. Según los autores, este apoyo debe de ser facilitado por pedagogos o psicopedagogos

Siguiendo con la necesidad de formación en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria, Lizasoáin y Lieutenent (2002) hacen referencia en uno de sus estudios a la necesidad de una formación profesional específica por parte de los profesionales de la educación que desarrollan su trabajo en las aulas hospitalarias. Tal y como afirma la autora, el entorno socioeducativo del niño dentro del hospital es a día de hoy muy limitado y presenta muchas carencias. Lizasoáin y Lieutenent (2002, p.158) afirma que es necesario que los pedagogos y maestros que trabajan en el entorno hospitalario reciban ayudas y formación. “No hay que olvidar que el desgaste del personal en determinados servicios, que sumado al elevado número de pacientes que no pueden ser atendidos completamente y hasta el final y unido a la angustia sufrida por los familiares, requiere de una formación muy específica por parte de los profesionales de la educación”.

Siguiendo con las aportaciones de Lizasoáin y Lieutenent (2002), los autores describen los aspectos que debería contemplar el currículum de la formación de los pedagogos y profesores que trabajan en el ámbito hospitalario, sin hacer distinciones entre un perfil y el otro. Encontramos por tanto que la formación de ambos debería contemplar conocimientos referidos a las enfermedades infantiles más habituales, los tratamientos médicos y sus efectos, el tipo de apoyos que deben ofrecerse a los pacientes y familiares dependiendo de las circunstancias, las fases del duelo así como una reflexión acerca del concepto de muerte. La autora defiende que la formación en Pedagogía Hospitalaria debe de ser una formación continua ya que los pacientes cambian, los programas se replantean constantemente y nos

encontramos ante una disciplina que debe de adaptarse a unas condiciones de trabajo en constante cambio.

Por su parte, autoras como Grau y Ortiz (2001, p.47) referencian en uno de sus trabajos que en cuanto a la formación del profesorado encargado de atender educativamente a los niños hospitalizados, la finalidad de su formación debería ir encaminada a:

- Formación de la personalidad y equilibrio emocional.
- Formación no solo en contenidos sino en actitudes, habilidades y destrezas para poder llevar a cabo una acción integral con el niño enfermo, con los padres y, tal vez, con los profesionales.
- Práctica en las artes creativas.
- Aprendizaje en nuevas tecnologías.

No hemos hablado hasta el momento de la Pedagogía Hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal, pero ello inherente al trabajo del maestro tanto en el ámbito hospitalario como en la atención domiciliaria, contando por supuesto con la función del tutor del centro de referencia del niño enfermo y puede que tan dramática realidad nos acerque a la comprensión de que es necesaria y urgente hacer patente una demanda: que los profesionales de la educación que trabajan tanto dentro como fuera de las aulas hospitalarias tengan una formación específica para ello, al igual que sucede, por ejemplo, con el acceso al cargo de director de un centro educativo. La actual ley orgánica de mejora de la calidad (LOMCE) establece en su artículo 134 que para poder acceder al cargo de director el candidato debe de cumplir con los siguientes requisitos:

Tener una antigüedad de al menos 5 años como funcionario de carrera en la función pública docente.

Haber impartido docencia directa como funcionario de carrera durante un periodo de al menos cinco años en algunas de las enseñanzas de las que ofrece el centro al que se opta.

Estar en posesión de la certificación acreditativa de haber superado un curso de formación sobre el desarrollo de la función directiva, impartido por el MEC o por las Administraciones educativas de las distintas Comunidades Autónomas.

Presentar un proyecto de dirección que incluya, entre otros, los objetivos, las líneas de actuación y la evaluación del mismo.

Ello es coherente con la responsabilidad que el cargo de director supone en un centro educativo. Pero ¿por qué no se exige lo mismo a los profesionales que trabajan con niños enfermos?

Desde nuestra experiencia como docentes, dicha formación es necesaria por una multitud de motivos, entre los que destacan:

1. el desconocimiento de un contexto como el hospitalario provoca cierto rechazo a los profesionales de la educación en el momento de elegir destino.
2. muchos puestos de maestro en el hospital son cubiertos mediante la solicitud de una comisión de servicios que no siempre es solicitada por un interés específico en dicho campo de trabajo.
3. el trabajo de maestro de hospital requiere de unas características personales específicas que faciliten el día a día en un contexto que no siempre es fácil, tales como equilibrio emocional, capacidad de abstracción, empatía, asertividad, etc.
4. el colectivo con el que se trabaja es muy vulnerable, no debemos olvidar que son niños enfermos y que su estado de salud determina el quehacer diario del maestro hospitalario.
5. el trabajo con las familias es muy delicado y se requiere de una formación específica que ayude a abrir y mantener canales de comunicación con los familiares.
6. la comunicación con los equipos médicos es fundamental para conocer el verdadero estado de salud del niño y ello determina qué actuaciones podemos llevar a cabo con él.
7. la reivindicación de un buen sistema educativo pasa por formar adecuadamente a los profesionales de la educación, ya que de acuerdo con Marina (2001) “a los profesores hay que primero formarles para después exigirles”.

En nuestro caso, tal y como venimos defendiendo a lo largo de la fundamentación teórica de la presente tesis doctoral, nuestro foco de estudio se basa en las competencias del maestro por ser éste el perfil profesional a quien la Administración permite ocupar los puestos de maestro hospitalario en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

#### ***4.3.2 Funciones del maestro hospitalario***

Antes de dar comienzo a la redacción del siguiente punto, queremos señalar que no han sido pocas las dificultades encontradas al abordar las funciones del maestro hospitalario. Una de las principales dificultades con las que nos hemos encontrado es que en muchos estudios, las figuras de maestro hospitalario, pedagogo y educador son tratadas conjuntamente sin diferenciar las funciones de cada uno de ellos. En muchas ocasiones se plantean una serie de tareas que bajo nuestro punto de vista deberían ser asignadas a un perfil concreto u otro, así por ejemplo vemos como hay autores quienes atribuyen al maestro la tarea de diagnóstico mientras que nosotros la asignaríamos al pedagogo. De todo ello hablaremos en las conclusiones de la presente tesis.

Para implementar la fundamentación sobre la necesidad de formación de los maestros hospitalarios, es necesario conocer cuáles son sus funciones en el contexto hospitalario. Autores como Guillén y Mejía (2002) enumeran una serie de tareas que son importantes si queremos que los niños hospitalizados normalicen su estancia en el hospital, disminuyendo de este modo algunas de las consecuencias negativas que la hospitalización tiene sobre el menor. Una de las tareas a realizar, es el diagnóstico temprano del estado emocional del paciente y de su familia. Ello nos posibilitará diseñar las actuaciones que más acorde vayan con la situación concreta a la que nos enfrentamos.

La comunicación con el personal sanitario también cobra importancia en el día a día del maestro hospitalario, pues ellos nos pueden aportar información valiosísima sobre el estado de salud y emocional del niño. El personal sanitario puede conocer la duración prevista del ingreso, las consecuencias de los tratamientos, el estado físico del paciente tras una intervención, etc. Los psicólogos también tienen un papel fundamental en la atención del niño enfermo y de sus familias. Esta comunicación, aunque muy necesaria, no siempre se produce según lo deseable puesto que algunos médicos no se comunican con los maestros de hospital por considerar que son dos ámbitos diferentes y no complementarios.

Otra actividad que deben de realizar los docentes hospitalarios es la toma de contacto con el centro de referencia del niño hospitalizado. Esta relación con el colegio del niño nos va a permitir obtener información sobre el comportamiento habitual del niño en el colegio, de su evolución normal, de las tareas que sería conveniente realizar con él, etc. Todo ello con el fin de dar una continuidad a la vida académica del niño. A raíz de esta actividad, es interesante destacar que en tanto en cuanto el niño vea un parecido entre sus rutinas diarias de fuera del hospital y la estancia en el mismo, es posible que haya una reducción de las consecuencias negativas que la hospitalización puede acarrear sobre el menor. En este sentido, cuando los padres observan que su hijo está atendido educativamente, incluso lúdicamente, reaccionan de un modo positivo pues la parada que supone un ingreso hospitalario se ve minimizada con ello. En este sentido, es importante destacar que este no es un hecho generalizable a todas las situaciones. Cuando unos padres están viviendo la enfermedad de un hijo, máxime si se trata de una enfermedad grave, puede que no deseen que se moleste a su hijo y debemos de considerar que esta es una reacción normal.

A estas aportaciones, Grau y Ortiz (2001) añaden las siguientes tareas atribuibles al maestro hospitalario:

- Compensar el posible retraso académico del menor.
- Ayudar a ocupar el tiempo libre.

- Promover la independencia del niño dentro del hospital.
- Compartir las preocupaciones y los problemas que presentan los niños.
- Mejorar la estabilidad emocional y psíquica de los niños que puede verse afectada por el miedo y la ansiedad.

Siguiendo con el análisis de estudios que nos aportan información acerca de las tareas que debe de desarrollar un docente en el contexto hospitalario nos encontramos con las aportaciones de Doval y Estévez (2001, p.4) a quien seguiremos en el apartado de competencias específicas, por ser uno de las autoras que ha aportado unas competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria. La autora establece que el profesor hospitalario debe “aunar la labor de los distintos profesionales que entran en contacto con el niño”, así como “elaborar programas de intervención y actuación pedagógica bien definidos”. La autora atribuye igualmente al docente hospitalario las siguientes funciones:

- Interpretar la afectividad familiar para el mantenimiento del equilibrio familiar.
- Tutorizar al alumno hospitalizado.
- Negociar con el equipo médico sobre el proceso de recuperación del niño.

A estas tareas, Doval y Estévez (2001) añade otras a las que la propia autora atribuye a la figura del maestro o profesor de atención domiciliaria pero que consideramos igualmente atribuibles al docente hospitalario.

Estas se resumen en las siguientes líneas:

- Normalizar el proceso de enseñanza del niño.
- Posibilitar un avance académico del menor.
- Diseñar planes de trabajo a desarrollar.
- Potenciar el vínculo del niño enfermo con el colegio ordinario y sus compañeros.
- Coordinarse con el maestro ordinario y/o con el tutor.
- Conocer la programación del centro de origen.

- Favorecer la reincorporación del niño a su colegio.
- Mantener una relación fluida con la familia del menor.
- Informar al centro de referencia de los avances del alumno enfermo.

Siguiendo con las aportaciones que diferentes autores has realizado al campo de estudio, Fernández Hawrylak (2000) defiende la labor que los maestros de hospital están realizando y determina que entre sus funciones destaca la normalización de la vida del niño, el mantenimiento del contacto con el centro de origen del niño hospitalizado, paliar el síndrome de hospitalismo y favorecer que el niño entre en contacto con otros compañeros que se encuentran en una situación similar.

Aportamos igualmente los datos reflejados en el trabajo de Castañeda (2006a) quien define las tareas, funciones y competencias de los profesionales de la educación en el contexto hospitalario, atribuyendo al maestro de hospital las siguientes:

- Diseñar programaciones específicas para el grupo clase.
- Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos en la etapa de educación básica.
- Elegir y diseñar tanto actividades como la metodología y recursos a utilizar.
- Diseñar materiales y adaptar o impartir programas de formación basados en el currículum prescriptivo del MECD.
- Servir de formación de apoyo.
- Seguir el proceso formativo de los alumnos.
- Realizar funciones de tutoría y mediación.
- Implicarse en los procesos de innovación y desarrollo curricular.

Señalamos que el trabajo de la autora abarca igualmente las tareas del educador social, el pedagogo y el psicólogo dentro del contexto hospitalario pero que no definimos en este trabajo por no tratarse de nuestro foco de investigación.

Retomaremos a la autora en el punto referido a las competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria.

Otros autores que señalan en sus investigaciones las tareas del maestro hospitalario son Latorre y Blanco (2010) quienes afirman que la labor del docente debe ser atender la actividad educativa del niño enfermo y proporcionar apoyo escolar para que el niño no pierda el ritmo de aprendizaje.

Una aportación destacable a las funciones del maestro hospitalario, es la realizada por la profesora Ochoa (2003) quien a parte de defender que las Unidades Pedagógicas Hospitalarias deberían contar como mínimo con un docente, un pedagogo o psicopedagogo y un psicólogo, define las funciones que cada uno de estos profesionales debe asumir en este contexto de aprendizaje así como los procedimientos y técnicas de que disponen para el adecuado desarrollo de sus funciones.

Tal y como venimos haciendo en el presente capítulo, nos centraremos en el análisis de las funciones referidas a la figura del docente hospitalario.

Ochoa (2003, p.205) atribuye al docente hospitalario la función de enseñar al niño todos los contenidos, procedimientos y actitudes que le son exigidos en base a las programaciones del Ministerio de Educación. El maestro hospitalario, es en opinión de la autora el responsable de promover y desarrollar las actividades más adecuadas que permitan al niño seguir con la continuación del aprendizaje y evitar de este modo el desfase curricular y la pérdida del hábito de estudio. Por tanto, el objetivo principal del docente en el contexto hospitalario debe ser “crear una situación de continuidad con el ambiente y el proceso escolar, favoreciendo así la readaptación del niño cuando regrese a su centro educativo de referencia”.

Así mismo, entendiendo la función docente en el contexto hospitalario como una acción anticipadora y preventiva, en palabras de la autora el maestro debe programar contextos y actividades que se anticipen a los posibles efectos adversos que la enfermedad puede causar en el niño. El maestro debe prevenir las dificultades y ajustar siempre su respuesta educativa a las mismas. Ello implica la elaboración tantas adaptaciones tanto curriculares como metodológicas sean necesarias. Al tratarse igualmente de una acción educativa que contempla la atención a la diversidad, el docente debe programar en base a los objetivos y actividades que “satisfagan las necesidades intelectuales, psicológicas, sociales, morales y afectivas del niño enfermo” (Ochoa, 2003, p.206).

Para Ochoa (2003, p.206), la acción educativa debe contemplar una intervención compensatoria por lo que el maestro hospitalario debe “proporcionar los medios educativos que garanticen que el chico pueda alcanzar, al menos, los niveles mínimos de cada curso escolar ordinario”. Finalizado con las aportaciones de la autora a la función del docente en el hospital, citamos la actividad lúdico-recreativa que debe desarrollar el maestro, quien debe promover actividades festivas y lúdicas. En nuestra opinión, estas actividades son de gran ayuda puesto que a través de ellas se consigue en muchas ocasiones que el niño se evada de la realidad hospitalaria, devolviéndole situaciones que por el hecho de ser niños, le son propias.

Queremos dejar constancia en este apartado de que la bibliografía revisada ha sido muy extensa pero no hemos reflejado detalladamente los estudios que hablan de las funciones del pedagogo hospitalario por no ser este perfil nuestro foco de atención. Destacamos a modo de resumen y como información complementaria las aportaciones de Ortiz (1999) quien ha realizado diversos estudios acerca de la formación de los profesionales del contexto hospitalario, centrándose en la figura del pedagogo. Otros autores que se mueven en la misma línea de investigación son González, Maciá y García (2002), Fernández Hawrylak (2000) o Molina y Violant

(2009), quienes también definen las funciones del pedagogo hospitalario, pero sin obviar como hemos citado anteriormente las funciones del maestro.

Por su parte, Latorre y Blanco (2010) también han analizado la función profesional del Pedagogo en centros hospitalarios aportando conclusiones muy ciertas sobre la importancia de este perfil en las aulas hospitalarias y sobre las funciones y competencias del mismo, basándose en los estudios de Grau y Ortiz (2001) y Castañeda (2006) entre otros.

**Tabla 15**

*Resumen de las funciones del maestro hospitalario*

<b>Autor/a</b>	<b>Función</b>
<b>Guillén y Mejía (2002)</b>	Realizar el diagnóstico temprano del estado emocional del paciente y de su familia. Establecer una comunicación fluida con el personal sanitario. Mantener el contacto con los centros de referencia del menor.
<b>Grau y Ortiz (2001)</b>	Compensar el posible retraso académico del menor. Ayudar a ocupar el tiempo libre. Promover la independencia del niño dentro del hospital. Compartir las preocupaciones y los problemas que presentan los niños. Mejorar la estabilidad emocional y psíquica de los niños que puede verse afectada por el miedo y la ansiedad.
<b>Doval y Estévez (2001)</b>	Aunar la labor de los distintos profesionales que entran en contacto con el niño. Elaborar programas de intervención y actuación pedagógica bien definidos. Interpretar la afectividad familiar para el mantenimiento del equilibrio familiar. Tutorizar al alumno hospitalizado. Negociar con el equipo médico sobre el proceso de recuperación del niño.

---

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura revisada.

**Tabla 15**  
*Continuación*

Autor/a	Función
<b>Doval y Estévez (2001)</b>	<p>Normalizar el proceso de enseñanza del niño.</p> <p>Posibilitar un avance académico del menor.</p> <p>Diseñar planes de trabajo a desarrollar.</p> <p>Potenciar el vínculo del niño enfermo con el colegio ordinario y sus compañeros.</p> <p>Coordinarse con el maestro ordinario y/o con el tutor.</p> <p>Conocer la programación del centro de origen.</p> <p>Favorecer la reincorporación del niño a su colegio.</p> <p>Mantener una relación fluida con la familia del menor.</p> <p>Informar al centro de referencia de los avances del alumno enfermo.</p>
<b>Castañeda (2006)</b>	<p>Diseñar programaciones específicas para el grupo clase.</p> <p>Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos en la etapa de educación básica.</p> <p>Elegir y diseñar tanto actividades como la metodología y recursos a utilizar.</p> <p>Diseñar materiales y adaptar o impartir programas de formación basados en el currículum prescriptivo del MECD.</p> <p>Servir de formación de apoyo.</p> <p>Seguir el proceso formativo de los alumnos.</p> <p>Realizar funciones de tutoría y mediación.</p> <p>Implicarse en los procesos de innovación y desarrollo curricular.</p>
<b>Latorre y Blanco (2010)</b>	<p>Atender la actividad educativa del niño enfermo.</p> <p>Proporcionar apoyo escolar para que el niño no pierda el ritmo de aprendizaje.</p>
<b>Ochoa (2003)</b>	<p>Enseñar al niño todos los contenidos, procedimientos y actitudes que le son exigidos en base a las programaciones del Ministerio de Educación.</p> <p>Promover y desarrollar las actividades más adecuadas.</p> <p>Crear una situación de continuidad con el ambiente y el proceso escolar.</p> <p>Favorecer la readaptación del niño a su centro educativo de referencia.</p> <p>Programar contextos y actividades que se anticipen a los posibles efectos adversos.</p>

**Tabla 15***Continuación*

<b>Autor/a</b>	<b>Función</b>
<b>Ochoa (2003)</b>	Prevenir las dificultades y ajustar siempre su respuesta educativa a las mismas. Elaborar adaptaciones curriculares y metodológicas.
<b>Fernández (2000)</b>	Normalizar la vida del niño. Mantener una relación estrecha con el colegio ordinario del menor hospitalizado. Paliar el Síndrome hospitalario. Posibilitar procesos de relación del niño con otros compañeros en situación similar.

#### **4.3.3 Características del maestro hospitalario**

En este sentido Guillén y Mejía (2002, p.71) afirman que para trabajar con niños que están hospitalizados es necesario poseer un tacto especial que puede venir dado por una preparación psicológica adecuada alcanzada mediante una preparación académica previa así como a través del contacto directo con estos niños. En nuestra tesis abogamos por combinar ambas dimensiones: teórica y práctica para la consecución de una capacitación adecuada. Así mismo los citados autores afirman que los docentes hospitalarios “deben de responder a unos criterios de formación que garanticen un equilibrio en su formación profesional y emocional”.

Encontramos también las aportaciones de Haller, Talbert y Dombro (1978) citados en Fernández Hawrylak (2000) quien destaca que el maestro hospitalario debe poseer una amplia experiencia que puede haber sido adquirida en las aulas o lugares de recreo, la capacidad para manejar en un mismo lugar a niños de diferentes edades, personalidades y niveles, así como voluntad para trabajar en condiciones irregulares. Según los autores, al maestro hospitalario no le debe faltar una sensibilidad especial para comprender las necesidades educativas y emocionales del

niño, así como tolerancia y capacidad para manejarse ante la enfermedad y la muerte.

Las profesoras Molina y Violant (2009) destacan que el maestro hospitalario debe tener la capacidad de saber escuchar, dominar la comunicación oral y escrita así como el lenguaje no verbal. De igual modo, el maestro de hospital debe tener un manejo adecuado de las nuevas tecnologías así como una adecuada educación emocional que le permita gestionar de un modo adecuado los sentimientos.

Desde la página web de [aulahospitalarias.es](http://aulahospitalarias.es) encontramos que las características deseables en un maestro hospitalario serían que el docente en cuestión posea un carácter abierto, afable y dialogante, con una amplia formación tanto en pedagogía como en psicología. Sin olvidar, por supuesto una personalidad equilibrada y capacidad de escucha.

Por su parte, Pla (2006) destaca que los educadores en el contexto hospitalario deben contar con una fuerte sensibilidad que les permita detectar los diferentes estados de ánimo por los que pasa un menor durante su hospitalización. Al ser escasos los estudios que aportan datos significativos sobre las características del maestro de hospital, presentamos nosotros algunas basándonos en la estancia de investigación realizada en la Unidad de Pedagogía Hospitalaria de la Clínica Universidad de Navarra. Desde la experiencia, el maestro hospitalario debe poseer capacidad de empatía que le permita entender la situación concreta de cada paciente y ponerse en su lugar para poder diseñar unas actuaciones adecuadas a cada paciente. Destacamos que es importante ponerse en el lugar del niño enfermo y su familia pero sin perder la objetividad y la conciencia del trabajo del maestro de hospital, puesto que no siempre es sencillo.

El maestro de hospital debe ser capaz de adaptar el trabajo de cada día a las circunstancias del momento, mostrándose siempre a disposición de los niños y de sus familias. Por lo que debe de ser una persona flexible, paciente y dinámica.

Igualmente, el entusiasmo debe de ser una tónica en el día a día del maestro, pero siempre adaptando su energía a las circunstancias. La creatividad debe estar presente puesto que los recursos tanto espaciales como materiales no siempre van a ser adecuados para la casuística concreta de nuestra aula en el hospital.

Tal y como ya afirmaba Polaino-Lorente en el año 1990 citado en Ortiz (1999, p.10) al hablar de la personalidad deseable del pedagogo hospitalario, nosotros consideramos que el maestro hospitalario debe tener igualmente “solvencia moral, puesto que tendrá que replantearse cada día su tarea de nuevo en función del estado del enfermo, de su relación con la familia, la escuela, los profesionales de hospital”.

La mentalidad del maestro hospitalario debe ser abierta, con capacidad para aprender diariamente. Ante cada nuevo pronóstico, más si cabe en los primeros años de ejercicio, el trabajo dentro del aula debe estar fundamentado en un conocimiento sobre la enfermedad y sus características, tratamientos, secuelas y tiempos.

Por otro lado, y no menos importante, es la capacidad comunicativa del maestro, puesto que esta capacidad de escucha activa y de comunicación determinará en gran medida tanto la relación con la familia como con los equipos médicos. A ello va muy ligada una actitud positiva, la cual puede ser la llave a que unos padres o un profesional concreto demanden nuestra colaboración.

#### 4.4 Las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria

En los últimos años se han publicado diversos estudios relacionados con las competencias de los profesionales de la educación que desarrollan su carrera profesional en el contexto hospitalario. Destacamos que es un campo de estudio muy joven y que todavía son pocos los estudios realizados. Destacamos que nos encontramos con algunos estudios que aunque ponen de manifiesto la importancia de definir un perfil profesional en el campo de la Pedagogía Hospitalaria y de establecer unas competencias específicas, muchos de ellos no aportan conclusiones que definan dichas competencias quedándose en meras declaraciones de intenciones, por lo que nosotros tomamos el testigo y definimos un marco donde quedan explicitadas las competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para docentes.

Autoras como Doval y Estévez (2001) destacan que desde el año 1993 se viene defendiendo en los diversos encuentros tanto nacionales como internacionales de maestros y pedagogos hospitalarios la idea de la necesidad de formación y selección de estos profesionales, la cual, según la opinión de la autora debe basarse en la adquisición de competencias.

Recientemente, en febrero del año 2015, la profesora e investigadora Verónica Violant presentó en el Primer Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia una comunicación basada en el estudio de las competencias del perfil profesional implicado en la atención educativa en situación de enfermedad y hospitalización. La dilatada trayectoria de la profesora Violant nos hará detenernos más adelante en sus aportaciones al que ahora también podemos considerar nuestro campo de estudio.

Violant (2015, pp.40-41) destaca literalmente

la consideración de incorporar, en la formación inicial del profesorado y en las licenciaturas de educación, una formación en Pedagogía Hospitalaria con contenidos fundamentados en la investigación y encaminados a responder a las necesidades educativas del sujeto, a la diversidad y a la educación como proceso de vida. Se añade también la necesidad de una formación continuada.

La autora hace una mención especial a la formación de los pedagogos hospitalarios para los que propone una formación específica en Pedagogía Hospitalaria que se divide en dos niveles y que abarcarían un total de 5 años. Así mismo, Violant (2015, p.41) propone “la incorporación de contenidos de PH en otras licenciaturas bajo la premisa de que no solamente los educadores o los estudiantes de educación o de pedagogía deberían recibir formación en PH, sino también todo aquel profesional que interviene o tiene implicación directa, de algún modo, en la atención integral de personas con salud disminuida o en situación de enfermedad”.

Violant, Cardone, Monsalve y Márquez (2012) afirman que las características concretas que presentan los menores en el contexto hospitalario hacen imprescindible que los profesionales que atienden educativamente a los niños en el hospital posean una formación específica que se ajuste a las mismas. Los citados autores proponen que la Pedagogía Hospitalaria pueda ser el eje vertebrador que permita que los diferentes profesionales que atienden al individuo hospitalizado se articulen en pro de la atención integral de los pacientes.

En nuestra investigación, nos centramos en la formación específica de los maestros y profesores puesto que la legislación vigente determina que son los docentes y profesores de los cuerpos de funcionarios quienes atenderán a los menores en las aulas hospitalarias, pero abogamos por la multidisciplinariedad de los equipos que deben de atender a los niños en el contexto hospitalario así como la necesidad de formación en Pedagogía Hospitalaria para la capacitación de todos los futuros maestros. Dedicaremos un apartado en las conclusiones de la presente tesis que clarifique nuestro punto de vista al respecto.

Tal y como adelantábamos, Violant, Cardone, Monsalve y Márquez (2012, p.4) están llevando a cabo una investigación en la que fijan como objetivo principal “analizar los aspectos teóricos y prácticos, relacionados con el educador, el equipo sanitario y el usuario, con el fin de caracterizar las necesidades relativas a los posibles vacíos y deficiencias formativas, con el objeto de proponer itinerarios de formación integral en Pedagogía Hospitalaria que respondan a dichas necesidades”.

Por su parte, Violant (2015) contempla, junto con Alguacil, Bisquerra, Boqué, Ferreira, González y de la Torre, el perfil competencial del profesional que interviene durante la enfermedad y la convalecencia. Los citados autores proponen que las siguientes competencias para el ejercicio profesional en Pedagogía Hospitalaria: competencia emocional, competencia resiliente, competencia creativa, competencia colaborativa y cooperativa, competencia comunicativa y de gestión y competencia digital.

Retomando las aportaciones de Doval y Estévez (2001), quienes consideramos que han realizado una importantísima aportación a la definición de unas competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para docentes, se basaron en el modelo de Braslavsky y definieron un listado de competencias personales y profesionales para maestros, las cuales se clasificaron en competencias pedagógico – didácticas, político – institucionales, productivas, interactivas y especificadoras y diseñaron unos ejes formativos básicos que se tuvieron en cuenta a la hora de diseñar los currícula. Las autoras propusieron que el diseño de las acciones formativas contemplara, al menos, los siguientes ejes: la enfermedad y sus repercusiones, la estructura y servicios hospitalarios, el diagnóstico y los programas de orientación psicopedagógica, el trabajo cooperativo, las adaptaciones, la escuela inclusiva, las artes creativas, las nuevas tecnologías, la formación de la personalidad y el equilibrio emocional, los proyectos educativos y la elaboración y diseño de programas de atención domiciliaria.



---

## ***BLOQUE II: MARCO EMPÍRICO***



## INTRODUCCIÓN

Con la intención de clarificar la estructura del marco empírico de nuestra tesis doctoral, aportamos una breve introducción a los estudios que la componen.

En primer lugar, cabe decir que partimos de un enfoque interpretativo que busca describir e interpretar la realidad. No obstante, nuestra investigación va más allá, ya que pretendemos una transformación basada en la promoción de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria para futuros maestros.

Por otra parte, tal como hemos mencionado en la introducción del presente trabajo, el marco empírico se divide en dos estudios, en los cuales se combina la metodología cualitativa (estudio I) con la metodología cuantitativa (estudio II), utilizándose como instrumentos de análisis de información el análisis documental y el cuestionario, respectivamente. Además, cabe resaltar que los resultados obtenidos en nuestro estudio I nos han permitido elaborar el instrumento (cuestionario) utilizado en el estudio II. Lo que es evidente, por tanto, es que abogamos por un enfoque integrado en el que se combinan métodos para tener una visión más global de la realidad.

Tal y como señalan Hernández, Fernández y Baptista (2010) los métodos mixtos nos proporcionan una alternativa óptima a la hora de abordar una investigación, puesto que la combinación de metodologías permite obtener una mayor riqueza en los resultados. Reflejamos la síntesis de los estudios que componen el marco empírico en la siguiente figura.

Estudio I	
<b>Objetivo</b>	Elaborar un listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria para la formación docente
<b>Metodología</b>	Cualitativa
<b>Muestra</b>	64 universidades
<b>Técnica</b>	Análisis documental
<b>Instrumento</b>	Tablas de análisis documental

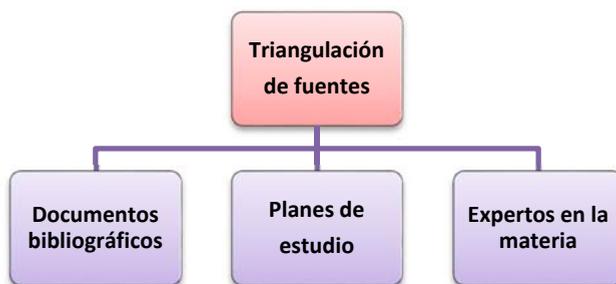


Estudio II	
<b>Objetivo</b>	Someter a valoración el listado de competencias específicas extraído como resultado del estudio I por un grupo de expertos
<b>Metodología</b>	Cuantitativa
<b>Muestra</b>	25 maestros hospitalarios
<b>Técnica</b>	Encuesta
<b>Instrumento</b>	Cuestionario

**Figura 8.** Síntesis del diseño del marco empírico.

Fuente: elaboración propia.

Así mismo, se ha buscado la triangulación de fuentes para lograr nuestro objetivo final, centrado en conformar un listado de competencias específicas. Así pues, nuestro estudio parte de un análisis de fuentes teóricas, para continuar con un estudio de planes de estudio y finalizar con las valoraciones de expertos de la práctica educativa.



**Figura 9.** Triangulación de fuentes.

Fuente: elaboración propia.

Al mismo tiempo, hemos utilizado una triangulación de métodos, definida por Rodríguez, Pozo y Gutiérrez (2006) como una técnica consistente en la combinación y/o comparación de diferentes métodos de investigación con una misma meta u objetivo. En nuestro caso, la técnica de triangulación nos permite a partir de los resultados obtenidos en el estudio cualitativo, el diseño y elaboración de un estudio cuantitativo.

En nuestro caso hemos llevado a cabo una triangulación intermétodo de tipo secuencial inductiva. Hablamos de secuencial porque a una investigación le siguió y la otra, es decir no se hicieron de forma simultánea y de inductiva por el hecho de que el orden de estas fue Cualitativo-Cuantitativo al contrario que ocurre en las técnicas secuenciales deductivas (cuantitativo-cualitativo).



**Figura 10.**Triangulación de métodos.

Fuente: elaboración propia.



## **CAPÍTULO 5. ESTUDIO CUALITATIVO DE COMPETENCIAS DOCENTES ESPECÍFICAS EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA**

En el presente capítulo vamos a exponer el objeto de estudio, la metodología utilizada así como el proceso de investigación y los resultados obtenidos.

### **5.1 Descripción del objeto de estudio**

El objeto de estudio de nuestra tesis se dirige a proponer cuáles son las competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria necesarias para el ejercicio profesional de los maestros en las aulas hospitalarias. Pero tal y como hemos especificado a lo largo de la presente tesis doctoral, la formación en Pedagogía Hospitalaria no debe estar dirigida exclusivamente a los docentes que desarrollan su carrera profesional dentro del contexto hospitalario, sino de cuantos maestros estén en contacto durante la hospitalización con el menor enfermo. Con esto queremos decir que todo maestro debería tener unas competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria adquiridas durante sus estudios universitarios que fueran implementadas por cursos de formación específicos o posgrados en el caso de desarrollar su carrera profesional dentro del contexto hospitalario.

Destacamos que tanto la metodología que presentamos en esta tesis doctoral como el procedimiento, es generalizable y puede servir como ejemplo para la extracción de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para complementar la formación universitaria de cuantos profesionales requiera la atención educativa de los niños hospitalizados, como pueden ser los pedagogos, psicopedagogos o educadores sociales. Consideramos que dotar a la Pedagogía Hospitalaria de un corpus científico cada vez más sólido gracias al trabajo e

investigaciones de cuantos compañeros trabajan en esta línea, es el primer paso hacia la consecución de un objetivo común: que los niños enfermos sean atendidos educativamente por profesionales formados específicamente para ello, velando de este modo por un derecho fundamental de los menores: el derecho a la educación.

Antes de pasar a describir la metodología utilizada en el estudio I, presentamos los objetivos específicos planteados:

1. Extraer un listado de evidencias empíricas basadas en la fundamentación teórica y diseñar las competencias específicas correspondientes a cada una.
2. Analizar la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud en los planes de estudio de las titulaciones de Educación (Magisterio), Pedagogía y Educación Social.
3. Recopilar las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria propuestas por las titulaciones de Educación (Magisterio), Pedagogía y Educación Social.
4. Seleccionar las competencias compatibles con el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias extraídas de las asignaturas de Educación para la Salud.

Todo ello nos acerca al cumplimiento del objetivo principal de nuestra tesis, puesto que para poner de manifiesto las competencias que son necesarias para el trabajo de los maestros en las aulas hospitalarias es necesario, en primer lugar, diseñar esas competencias y en segundo lugar, someterlas a valoración de expertos, lo cual realizaremos en el segundo estudio del marco empírico.

## 5.2 Descripción de la metodología

Tal y como hemos avanzado en la introducción a los estudios, el marco empírico de la tesis hemos utilizado una metodología mixta.

Atendiendo al criterio de datación o a la naturaleza de los datos analizados para conseguir el objeto de estudio del estudio I, se ha seguido un enfoque cualitativo.

Destacamos la definición de Sandín (2003, p.123) quien define la investigación cualitativa como: “una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también al descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos”.

Nuestra técnica de recogida de datos ha sido el análisis documental, la cual es definida por Del Rincón et.al citados en Massot, Dorio y Sabariego (2012, p. 349) como “una fuente de gran utilidad para obtener información retrospectiva y referencial sobre una situación, un fenómeno o un programa concreto”. Las autoras definen el análisis documental como una actividad sistemática y planificada que consiste en examinar documentos, los cuales son considerados como una fuente fidedigna y práctica, la cual nos puede permitir conocer los intereses o perspectivas de quienes los han elaborado. En nuestro caso, los documentos analizados atienden a la clasificación de “material oficial” y son todos los planes de estudio de las titulaciones de Educación (Magisterio), Pedagogía y Educación Social de todas las universidades públicas, privadas y a distancia del ámbito nacional.

### **5.3 Proceso de investigación**

Una vez leído y analizado un volumen considerable de bibliografía relacionada con la Pedagogía Hospitalaria procedimos a definir el proceso de la investigación empírica del estudio que nos ocupa. Describimos en este apartado las distintas fases de la investigación con la intención de clarificar el contenido. Aportamos a continuación una tabla que resume el citado proceso.

**Tabla 16**

*Fases del proceso de investigación del estudio cualitativo*

<b>Fase</b>	<b>Tareas</b>
Fase 1	Diseño de las tablas de registro de datos
Fase 2	Selección de la muestra
Fase 3	Procedimiento de recogida de datos
Fase 4	Análisis de datos
Fase 5	Resultados de la investigación

Fuente: elaboración propia.

#### **5.3.1 Elaboración del instrumento**

Con la intención de recolectar todas las competencias específicas necesarias para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias, hemos diseñado tablas de registro que recojan la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud en las titulaciones seleccionadas así como las competencias específicas propuestas por las mismas.

#### **5.3.2 Selección de la muestra**

La muestra seleccionada para la extracción de competencias específicas han sido todas las universidades del ámbito nacional que imparten los grados de

Educación, Magisterio y Educación Social. Concretamente son 64 las universidades entre públicas, privadas y concertadas que imparten uno o varios de los mencionados títulos.

### 5.3.3 Procedimiento de recogida de datos

Para proceder a la recogida de datos, se han seguido una serie de pasos que resumimos en la tabla 17 y que aportamos a continuación de la misma.

**Tabla 17**

*Sucesión de operaciones llevadas a cabo en el procedimiento de la recogida de datos*

Fase	Tareas
Paso 1	Extracción de evidencias empíricas basadas en el análisis documental.
Paso 2	Diseño de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria basadas en las evidencias.
Paso 3	Análisis de la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud en la formación de los docentes mediante el estudio de los planes de estudio de todas las titulaciones Magisterio, Pedagogía y Educación Social de las universidades del ámbito nacional.
Paso 4	Presentación de las competencias específicas de todas las guías docentes de las asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud de todas las titulaciones de Magisterio, Pedagogía y Educación Social de las universidades del ámbito nacional.
Paso 5	Selección de las competencias específicas necesarias para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias extraídas de las guías docentes de las asignaturas de Educación para la Salud.

Fuente: elaboración propia.

### Extracción de evidencias empíricas basadas en el análisis documental

Existen una serie de aspectos que consideramos imprescindibles para la elaboración de nuestra propuesta de competencias, tales como: las consecuencias que la enfermedad y/u hospitalización tiene sobre el menor hospitalizado; las alteraciones emocionales, comportamentales y cognitivas que el ingreso hospitalario tiene sobre el menor; las funciones que el maestro hospitalario tiene en relación al

equipo sanitario, a la familia, al centro de referencia y al niño enfermo; así como las características deseables del maestro hospitalario.

Por ello, y tras realizar un análisis de cuantos estudios basados en los aspectos citados hemos encontrado, presentamos en las figuras 11, 12, 13 y 14 un resumen de las evidencias empíricas encontradas en las revisiones aportadas en la fundamentación teórica de la presente tesis doctoral y que facilitarán la redacción de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para maestros.

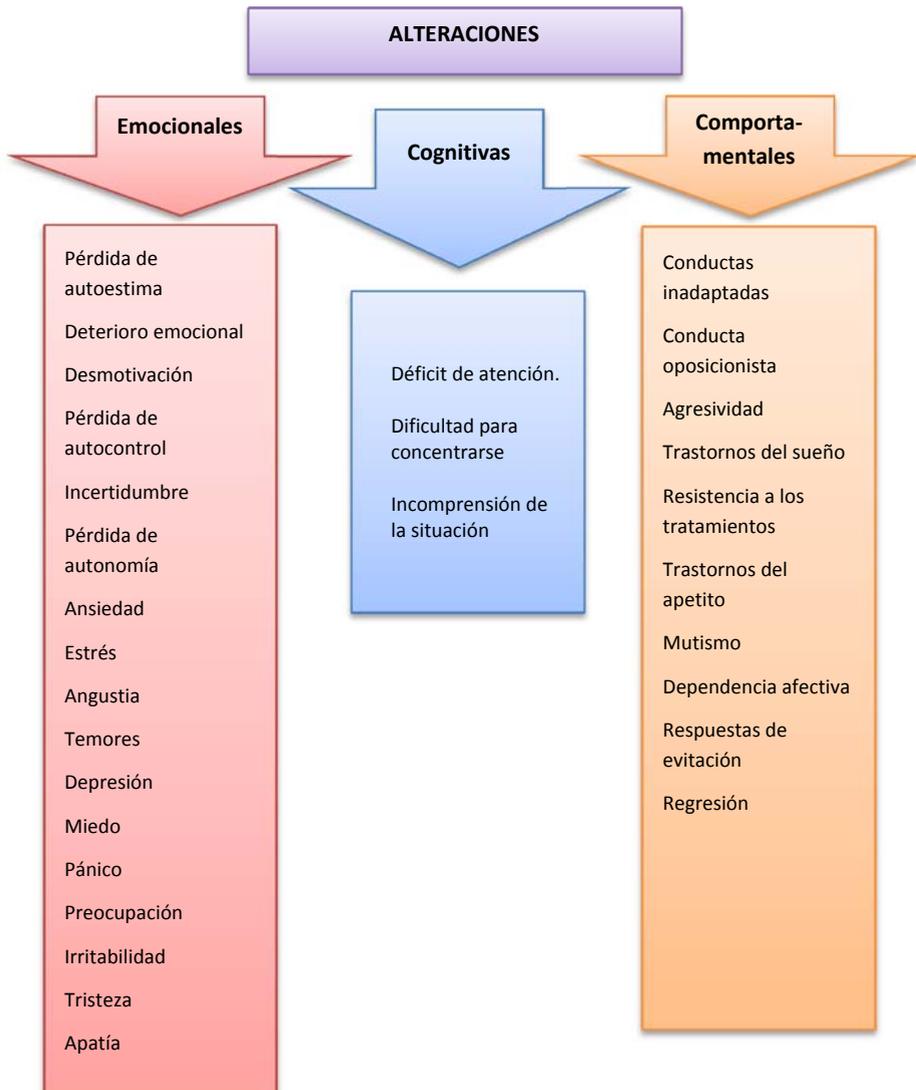
En la figura 11 presentamos las evidencias encontradas sobre las consecuencias más comunes que la hospitalización infantil ocasiona en el niño enfermo.



**Figura 11.** Evidencias encontradas sobre las consecuencias de la hospitalización en el niño enfermo a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.

Fuente: elaboración propia.

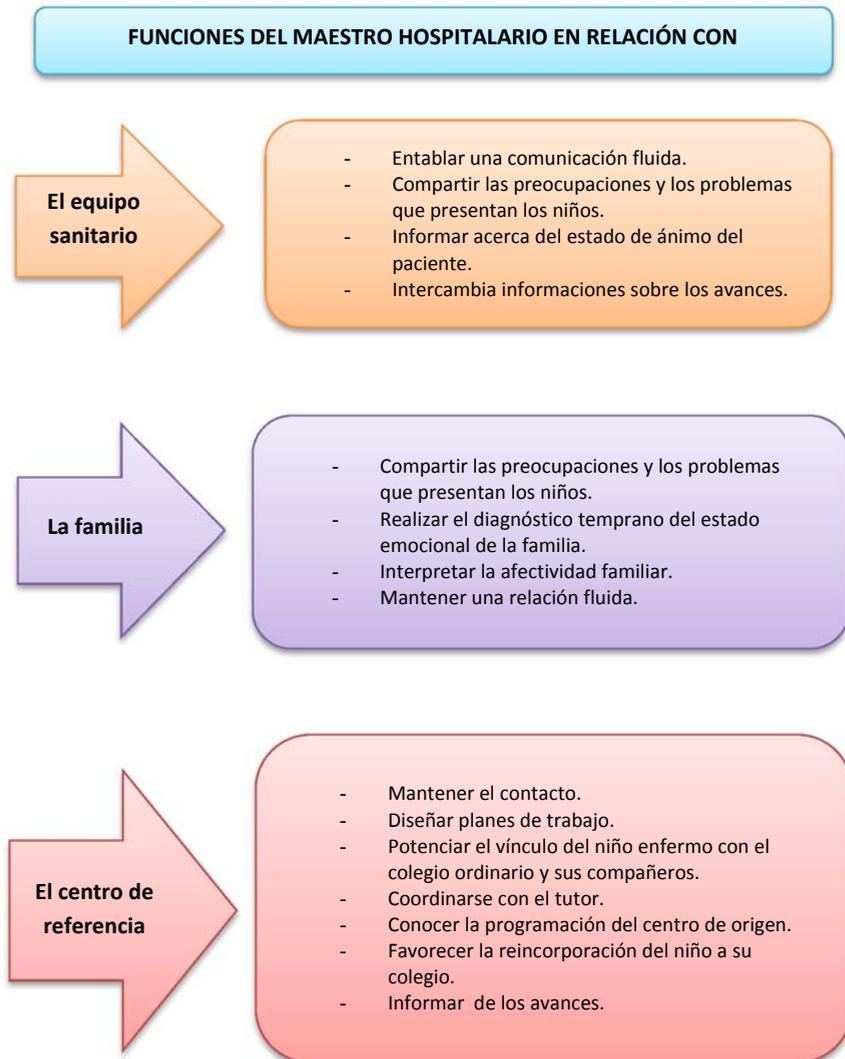
A continuación presentamos una figura que representa las evidencias encontradas sobre alteraciones más comunes que el ingreso hospitalario tiene sobre el niño enfermo.



**Figura 12.** Evidencias encontradas sobre las alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales derivadas del ingreso hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 13 presentamos una clasificación sobre las evidencias encontradas acerca de las funciones que el maestro hospitalario tiene en relación a estos cuatro receptores de la acción educativa.



**Figura 13.** Evidencias encontradas sobre las funciones del maestro hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.

Fuente: elaboración propia.

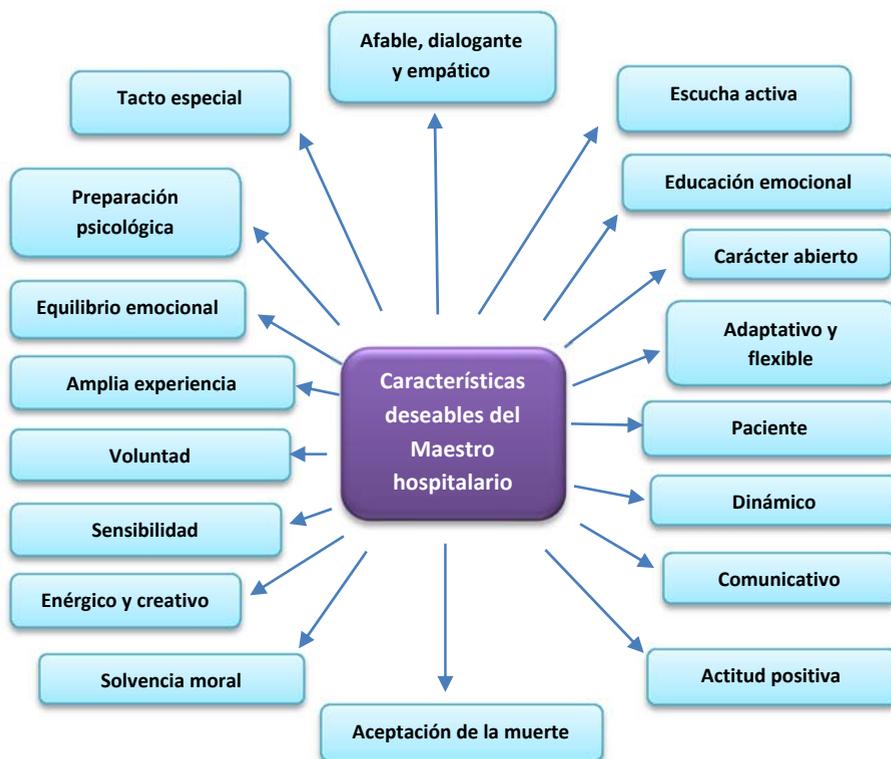
**Figura 13.**  
Continuación

**FUNCIONES DEL MAESTRO HOSPITALARIO EN RELACIÓN CON**

**El niño  
enfermo**

- Realizar el diagnóstico temprano del estado emocional del paciente.
- Compensar el posible retraso académico del menor.
- Ayudar a ocupar el tiempo libre.
- Promover la independencia.
- Mejorar la estabilidad emocional.
- Tutorizar al alumno y realizar funciones de mediación.
- Normalizar el proceso de enseñanza.
- Posibilitar un avance académico.
- Normalizar la vida del niño.
- Paliar el Síndrome hospitalario.
- Posibilitar procesos de relación del niño con otros compañeros en situación similar.
- Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos
- Diseñar materiales y adaptar o impartir programas.
- Crear una situación de continuidad con el ambiente y el proceso escolar.
- Prevenir las dificultades y ajustar siempre su respuesta educativa a las mismas.
- Elaborar adaptaciones curriculares y metodológicas.
- Defender los derechos de los niños enfermos.

En la figura 14 presentamos las evidencias encontradas sobre las características deseables del maestro hospitalario.



**Figura 14.** Evidencias encontradas sobre las características deseables del maestro hospitalario a partir de los estudios aportados por los autores estudiados en la fundamentación teórica.

Fuente: elaboración propia.

Con la información recopilada hasta el momento, iniciamos la redacción de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria para maestros. El procedimiento que hemos seguido para ello se ha basado en un primer momento en el análisis detallado de las evidencias presentadas en las figuras 11, 12, 13 y 14. Para cada grupo de evidencias se ha diseñado una tabla que recoge las competencias

específicas que a priori consideramos necesarias para la formación del maestro hospitalario y que presentamos en las tablas 21, 22, 23 y 24.

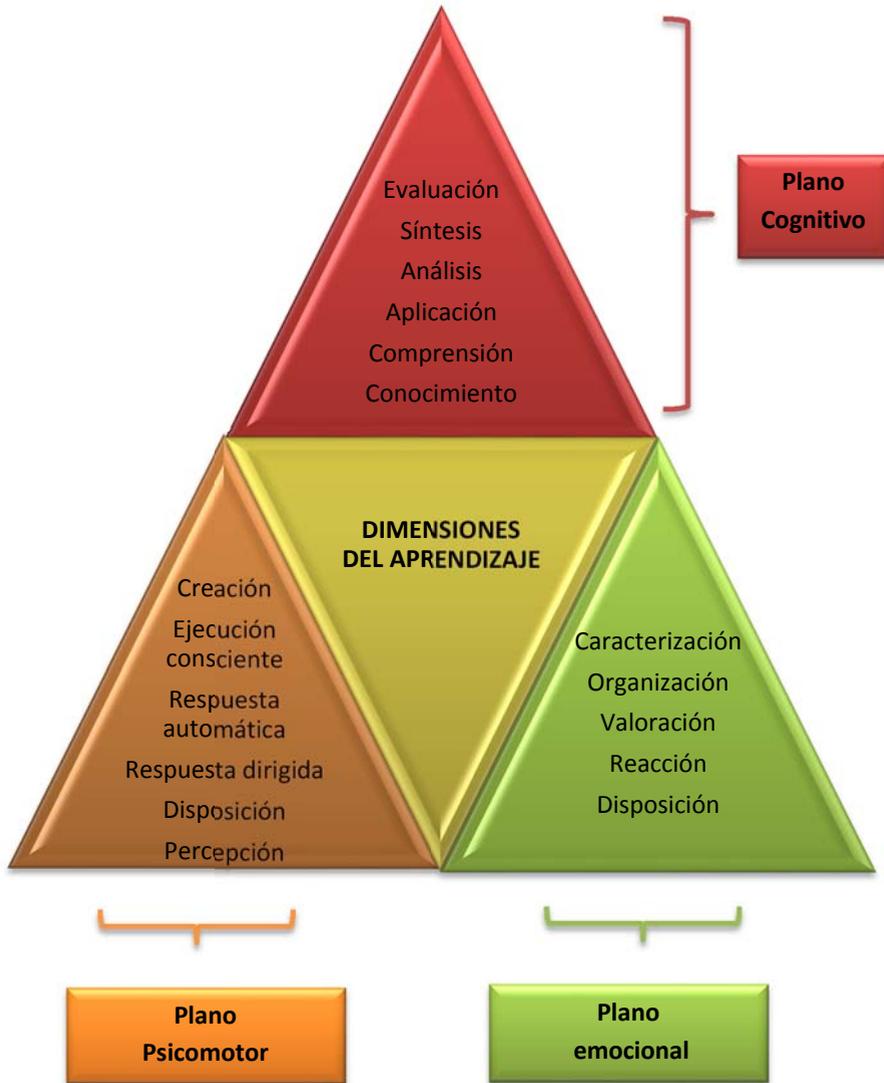
Haciendo un pequeño inciso, aunque existen muchas recomendaciones para la redacción de competencias, en nuestro trabajo seguimos la Taxonomía de Bloom, puesto que consideramos que es una herramienta básica para la clasificación y diseño de las mismas.

A modo de resumen destacamos que Bloom establece que el aprendizaje abarca tres planos: el plano cognitivo, el subjetivo/afectivo y el psicomotor. El plano cognitivo hace referencia al proceso de pensamiento y Bloom defiende que el aprendizaje que realiza el alumno evoluciona de manera jerárquica en función a estas seis categorías: el conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis y la evaluación.

El plano subjetivo se refiere al componente emocional del aprendizaje, es decir, aquello relativo a las actitudes, los valores y la ética puesto que el aprendizaje que realizan los alumnos no se reduce a la adquisición de conocimientos, sino también a la asimilación de valores y actitudes. Las categorías que Bloom y su equipo determinaron en este plano fueron cinco: disposición, reacción, valoración, organización y caracterización.

Por último, el plano psicomotor engloba las destrezas físicas relacionadas con la coordinación y la manipulación. Estas destrezas pueden ser requeridas en disciplinas relacionadas con el arte, las ciencias de salud, ingenierías o la educación física, entre otras. Como en los anteriores planos, la categorización contempló: percepción, disposición, respuesta dirigida, respuesta automática, ejecución consciente y creación.

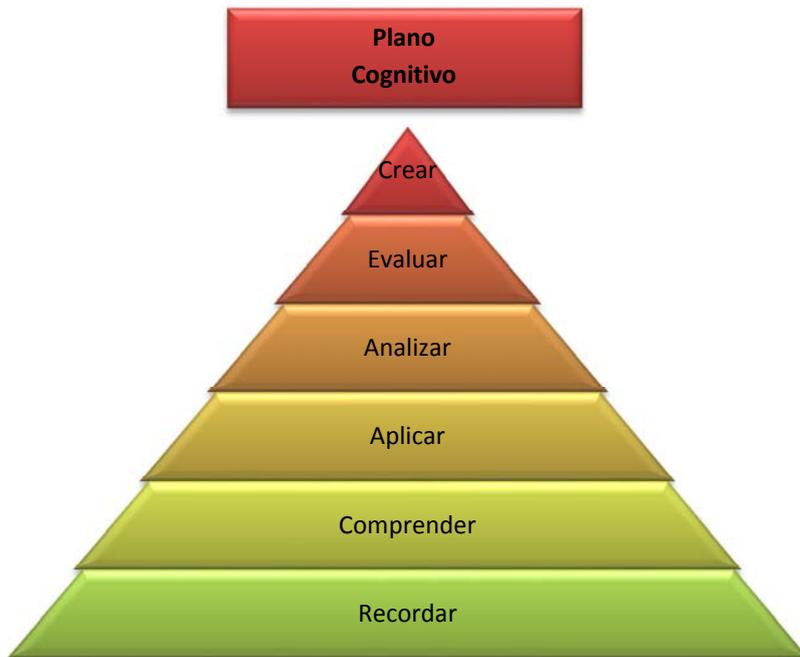
Presentamos a continuación una serie de figuras de elaboración propia que resumen los planos del aprendizaje y las categorías en la taxonomía de Bloom y sus posteriores actualizaciones.



**Figura 15.** Dimensiones del aprendizaje en la Taxonomía de Bloom (1956).

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, en el año 2000, dos alumnos del Dr. Benjamín Bloom revisaron la Taxonomía de su maestro y procedieron a actualizarla sustituyendo los sustantivos por verbos y considerando que la síntesis abarcaba un plano mucho más amplio, relacionado con la creación. Anderson y Krathwohl modificaron también el orden de las categorías del plano cognitivo, resultando la siguiente categorización.



**Figura 16.** Actualización dimensiones del aprendizaje en la Taxonomía de Bloom, Anderson y Krathwohl, (2000).

Fuente: elaboración propia.

La última actualización de la Taxonomía de Bloom, la realizó el doctor Andrew Churches en 2008, atendiendo en su propuesta a las nuevas realidades de la era digital complementando cada categoría con verbos y herramientas del mundo digital que posibilitan el desarrollo de habilidades para recordar, comprender, aplicar, analizar, evaluar y crear.

Presentamos a continuación las tablas 18, 19 y 20 que recogen unos breves listados de verbos que basándonos en los supuestos de la taxonomía de Bloom nos servirán para la redacción de competencias de nuestra propuesta. Atenderemos a tanto a la propuesta original de Bloom (1956) como a las actualizaciones de Anderson y Krathwohl (2000) y Churches (2008) en lo que se refiere a los verbos propuestos para la redacción de competencias en el plano cognitivo.

**Tabla 18**

*Verbos correspondientes a las distintas categorías del plano cognitivo de la clasificación de Bloom (1956)*

<b>Plano cognitivo Bloom (1956)</b>	<b>Conocimiento</b>	citar, decir, definir, describir, duplicar, encontrar, enumerar, enunciar, examinar, identificar, listar, marcar, memorizar, mostrar, nombrar, ordenar, organizar, presentar, recopilar, recordar, relatar, repetir, reproducir, resumir, tabular.
	<b>Comprensión</b>	asociar, cambiar, clarificar, clasificar, construir, contrastar, convertir, deducir, defender, descodificar, describir, diferenciar, discriminar, discutir, distinguir, estimar, explicar, expresar, extender, generalizar, identificar, ilustrar, indicar, informar, interpretar, modificar, parafrasear, predecir, reconocer, reescribir, resolver, revisar, seleccionar, situar, traducir.
	<b>Aplicación</b>	adaptar, aplicar, bosquejar, calcular, cambiar, completar, computar, construir, demostrar, desarrollar, descubrir, elegir, emplear, encontrar, examinar, experimentar, ilustrar, interpretar, manipular, modificar, mostrar, operar, organizar, practicar, predecir, preparar, producir, programar, relatar, seleccionar, solucionar, transferir, utilizar, valorar.
	<b>Síntesis</b>	argumentar, categorizar, combinar, compilar, componer, construir, crear, desarrollar, diseñar, establecer, explicar, formular, generalizar, generar, hacer, instalar, integrar, inventar, manejar, modificar, organizar, originar, planificar, preparar, proponer, reconstruir, recopilar, reescribir, relatar, reordenar, reorganizar, reunir, revisar, sintetizar, trazar.

Fuente: ANECA (2014).

Tabla 18

Continuación

Plano cognitivo Bloom (1956)	<b>Evaluación</b>	adjuntar, apoyar, apreciar, argumentar, comparar, concluir, contrastar, convencer, corregir, criticar, decidir, defender, determinar, discriminar, elegir, estimar, estipular, evaluar, explicar, interpretar, justificar, juzgar, medir, predecir, puntuar, recomendar, relatar, resolver, resumir, revisar, validar, valorar.
------------------------------	-------------------	---

Tabla 19

Verbos correspondientes a las actualizaciones de Anderson (2000) y Churches (2008) sobre la clasificación del plano cognitivo de la Taxonomía de Bloom

Plano cognitivo Anderson (2000) y Churches (2008)	<b>Recordar</b>	<b>Churches (2008)</b>	resaltar, marcar, realizar búsquedas.
	<b>Comprender</b>	Churches (2008)	categoriza, comentar, etiquetar, anotar, suscribir.
	<b>Aplicar</b>	Churches (2008) Churches (2008)	cargar, jugar, operar, subir archivos, compartir, editar recombinar, enlazar, validar, recopilar.
	<b>Analizar</b>		
	<b>Evaluar</b>	Churches (2008) Anderson (2000)	publicar, moderar, colaborar, probar. criticar, detectar, experimentar, juzgar, monitorear, probar, revisar.
	<b>Crear</b>	Churches (2008)  Anderson (2000)	programar, filmar, animar ,bloguear Mezclar, publicar, dirigir, transmitir.  construir, diseñar ,elaborar, idear, trazar, planear, producir.

Fuente: elaboración propia adaptado de Eduteka. La taxonomía de Bloom y sus actualizaciones.

Presentamos en la tabla 20 un breve listado de verbos de interés para la descripción de competencias que conllevan actitudes y valores y por tanto, relacionamos con el plano emocional, así como psicomotor.

**Tabla 20**

*Verbos correspondientes al plano emocional y psicomotor de la clasificación de Bloom (1956)*

<b>Plano emocional Bloom (1956)</b>	aceptar, acoger, actuar, adherirse, apoyar, apreciar, asistir, combinar, compartir, completar, comunicar, concordar con, cooperar, cuestionar, defender, demostrar, diferenciar, discutir, disputar, elogiar, escuchar, exponer, iniciar, integrar, intentar, justificar, juzgar, ordenar, organizar, participar, practicar, preguntar, relatar, resolver, responder, retar, seguir, sintetizar, tener, unir, valorar.
<b>Plano Psicomotor Bloom (1956)</b>	adaptar, administrar, agarrar, ajustar, aliviar, alterar, arreglar, bosquejar, calentar, calibrar, colocar, combinar, construir, copiar, coreografiar, cuadrar, demostrar, desmantelar, detectar, diferenciar, diseccionar, diseñar, distribuir, doblar, edificar, ejecutar, estimar, examinar, fijar, gesticular, grabar, identificar, imitar, manejar, manipular, medir, mezclar, operar, organizar, presentar, reaccionar, refinar, reparar, representar, reunir, triturar, utilizar.

Fuente: ANECA (2014).

Señalamos que tal y como refleja guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje de la ANECA, la diferencia entre objetivos y resultados de aprendizaje, en nuestro caso competencias, es difusa en gran parte de la literatura que trata el tema, utilizándose ambos conceptos como sinónimos, tal y como acontece con los términos resultados de aprendizaje y competencias. En este sentido, la ANECA es clara al respecto, atribuyendo a los objetivos la intención del profesor y a los resultados de aprendizaje lo que el alumno debe lograr a la finalización de una asignatura, módulo o titulación.

**Tabla 21**

*Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las consecuencias de la hospitalización infantil*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para maestros derivadas de las consecuencias de la hospitalización infantil</b>	
<b>1</b>	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia.
<b>2</b>	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren.
<b>3</b>	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital.
<b>4</b>	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.
<b>5</b>	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad.
<b>6</b>	Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil.
<b>7</b>	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización.
<b>8</b>	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario.
<b>9</b>	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones.
<b>10</b>	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño.
<b>11</b>	Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado.
<b>12</b>	Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital.
<b>13</b>	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 22**

*Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las alteraciones derivadas del ingreso hospitalario*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para maestros derivadas de las alteraciones que conlleva la hospitalización infantil</b>	
1	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado.
2	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario.
3	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil.
4	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización.
5	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario.
6	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
7	Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización.
8	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.
9	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.
10	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria.
11	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 23**

*Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las funciones del maestro hospitalario*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para maestros derivadas de las funciones del maestro hospitalario</b>	
1	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario.
2	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.
3	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia.
4	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 23

*Continuación*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para maestros derivadas de las funciones del maestro hospitalario</b>	
5	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo.
6	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario.
7	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud. Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
8	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
9	Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario.
10	Ejecutar proyectos educativos en el hospital.
11	Manejar Tics que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado.

Tabla 24

*Listado de competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria basado en las evidencias encontradas sobre las características deseables del maestro hospitalario*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para maestros derivadas de las características deseables del maestro hospitalario</b>	
1	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria.
2	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos.
3	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares.
4	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento.
5	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario.
6	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible.
7	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario.
8	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa.

Fuente: elaboración propia.

### **Análisis de la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud en la formación de los docentes**

Tras reflejar las competencias específicas basadas en las evidencias empíricas, procedemos a analizar todos los planes de estudio de las titulaciones de Educación (Magisterio), Pedagogía y Educación Social de las universidades públicas y privadas del ámbito nacional, con el objetivo de conocer si aparecen asignaturas relacionadas con la Pedagogía hospitalaria o Educación para la Salud.

El procedimiento que hemos seguido para obtener esta información ha sido minucioso. En primer lugar y a través de la página del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte hemos extraído tres listados que reflejan las universidades nacionales que imparten cada uno de los grados analizados. Posteriormente, se ha accedido a la página web de cada universidad y se han revisado los planes de estudio de las titulaciones mencionadas en busca de asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria.

Presentamos esta información en las tablas 25, 26 y 27 de la presente tesis doctoral.

**Tabla 25**

*Universidades del ámbito que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Educación*

<b>Universidad</b>	<b>Asignaturas relacionadas con la P.H.</b>	<b>Título de la Asignatura</b>
<b>Universidades Públicas</b>		
Universidad de A Coruña	No	-
Universidad de Alcalá	No	-
Universidad de Alicante	No	-
Universitat Autònoma. de Barna	No	-
Universidad de Almería	No	-

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

Tabla 25

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la P.H.	Título de la Asignatura
Universidad Autónoma de Madrid	No	-
Universitat de Barcelona	No	-
Universidad de Burgos	No	-
Universidad de Cádiz	No	-
Universidad de Cantabria	No	-
Universidad de Castilla-La Mancha	No	-
Universidad Complutense de Madrid	No	-
Universidad de Córdoba	No	-
Universidad de Extremadura	No	-
Universitat de Girona	No	-
Universidad de Granada	No	-
Universidad de Huelva	No	-
Universitat de les Illes Balears	No	-
Universidad de Jaén	No	-
Universidad Jaume I de Castellón	No	-
Universidad de La Laguna	No	-
Universidad de La Rioja	No	-
Universidad de Las Palmas	No	-
Universidad de León	No	-
Universitat de Lleida	No	-
Universidad de Málaga	No	-
Universidad de Murcia	No	-
Universidad de Oviedo	No	-
Universidad del País Vasco	No	-
Universidad Pública de Navarra	No	-
Universidad Rey Juan Carlos	No	-
Universitat Rovira i Virgili	No	-
Universidad de Salamanca	No	-
Universidad de Santiago de Compostela	No	-
Universidad de Sevilla	No	-
Universitat de València	No	-
Universidad de Valladolid	No	-
Universidad de Vigo	No	-
Universidad de Zaragoza	No	-

**Tabla 25**

*Continuación*

<b>Universidad</b>	<b>Asignaturas relacionadas con la P.H.</b>	<b>Título de la Asignatura</b>
<b><i>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</i></b>		
Universitat Abat Oliba CEU	No	-
Universidad Alfonso X El Sabio	No	-
Universidad Antonio de Nebrija	No	-
Universidad Camilo José Cela	No	-
Universidad Cardenal Herrera-CEU	No	-
Universidad Católica de Ávila	No	-
Universidad Católica de Valencia	No	-
Universidad Católica San Antonio	No	-
Universidad de Deusto	No	-
Universidad Europea de Madrid	No	-
Universidad Europea Valencia	No	-
Universidad Francisco de Vitoria	No	-
Universitat Intern. de Catalunya	No	-
Universidad Loyola Andalucía	No	-
Universidad Mondragón	No	-
<b>Universidad de Navarra</b>	<b>Sí</b>	<b>Pedagogía Hospitalaria I+P</b>
Universidad Pontificia Comillas	No	-
Universidad Pontificia de Salamanca	No	-
Universitat Ramón Llull	No	-
Universidad San Pablo-CEU	No	-
Universitat de Vic	No	-
<b><i>Universidades a distancia</i></b>		
A Distancia de Madrid	No	-
Universidad Intern. de la Rioja	No	-
Universidad Isabel I de Castilla	No	-
Universitat Intern. Valenciana	No	-

Una vez analizados los planes de estudios de todas las titulaciones de Educación, observamos en la tabla 25 que únicamente la Universidad de Navarra oferta la asignatura de Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Educación tanto Infantil como Primaria. La asignatura se oferta como optativa de 3 créditos y

pertenece al departamento: Teoría y métodos de investigación educativa y psicológica de la Facultad de Psicología y Educación. Destacamos la oferta de la UNAV que posibilita la realización del Practicum en la UPH de la Clínica Universidad de Navarra.

Destacamos que no se ha encontrado la asignatura de Pedagogía Hospitalaria en los planes de estudios de Educación Infantil o Primaria de la Universidad de Vigo para el curso 2015- 2016, pero que estuvo ofertada dentro de la especialidad de Educación Especial, convirtiéndose en la primera universidad de Europa que incorporó en sus planes de estudio la asignatura de Pedagogía hospitalaria, la cual se denominó en un principio “Educación y Hospital”. Esta asignatura tuvo en un principio una carga de 4 créditos, pero se aumentó a 6 créditos y pasó a formar parte del resto de especialidades de la formación del profesorado. Tal y como nos informa personalmente la profesora Doval, quien fue responsable de la misma durante años, la asignatura llegó a tener más de 200 alumnos matriculados. Incluso hubo alumnos de enfermería que la cursaron como créditos de libre elección, antes de la implantación del plan Bolonia.

Así mismo, se implantaron los créditos prácticos dentro de la formación en Pedagogía Hospitalaria, puesto que en palabras de Doval y Estévez (2001, p. 15) las prácticas favorecen la generación y consolidación de las competencias. Por ello, la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Vigo, materializó un programa formativo de prácticas en Pedagogía Hospitalaria, el cual permitía a los alumnos realizar el prácticum I y II en una de las escuelas hospitalaria de Galicia. Así como para aquellos alumnos que cursaran la asignatura, podían realizar 5 horas de prácticas de observación en grupos de 8 a 10 alumnos en las aulas hospitalarias del hospital de Santiago de Compostela o de Ourense.

Seguimos con la presentación de las Universidades que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Pedagogía.

Tabla 26

*Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Pedagogía*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la P.H.	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universitat Autònoma de Barcelona	No	-
Universitat de Barcelona	No	-
<b>Universidad de Burgos</b>	<b>Sí</b>	<b>Orientación en situaciones especiales: Atención hospitalaria y menores en riesgo social</b>
Universidad Complutense de Madrid	No	-
Universitat de Girona	No	-
Universidad de Granada	No	-
Universitat de les Illes Balears	No	-
Universidad de La Laguna	No	-
Universidad de Málaga	No	-
Universidad de Murcia	No	-
Universidad de Oviedo	No	-
Universidad del País Vasco	No	-
Universitat Rovira i Virgili	No	-
Universidad de Salamanca	No	-
<b>Universidad de Santiago de Compostela</b>	<b>Sí</b>	<b>Pedagogía Hospitalaria</b>
Universidad de Sevilla	No	-
Universitat de València (Estudi General)	No	-
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	No	-
<b>Universidad de Navarra</b>	<b>Sí</b>	<b>Pedagogía Hospitalaria</b>
Universidad Pontificia de Salamanca	No	-
<b>Universidades a distancia y especiales</b>		
Nacional de Educación a Distancia	No	-

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

Tras analizar los planes de estudio de todas las titulaciones de Pedagogía, vemos que únicamente hay tres universidades que ofertan la asignatura de Pedagogía Hospitalaria.

Por una parte nos encontramos con la Universidad de Burgos, que incorpora en sus planes de estudio de Pedagogía una asignatura de carácter obligatorio titulada “Orientación en situaciones especiales: Atención hospitalaria y menores en riesgo social”. La asignatura tiene 6 créditos, se imparte en el tercer curso y pertenece al Departamento de Ciencias de la Educación.

Vemos en la tabla 26 que la Universidad de Santiago de Compostela también oferta la asignatura de “Pedagogía Hospitalaria”. En este caso la asignatura cuenta con 4.5 créditos y es optativa. Pertenece al Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación. La Universidad de Navarra también oferta la asignatura como optativa de 3 créditos.

**Tabla 27**

*Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los grados de Educación Social*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la P.H.	Título de la Asignatura
<b><i>Universidades públicas</i></b>		
Universidad de A Coruña	No	-
Universidad de Alcalá	No	-
Universitat Autònoma de Barcelona	No	-
Universidad de Almería	No	-
Universidad Autónoma de Madrid	No	-
Universitat de Barcelona	No	-
Universidad de Burgos	No	-
Universidad de Castilla-La Mancha	No	-
Universidad Complutense de Madrid	No	-

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

Tabla 27

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la P.H.	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de Córdoba	No	-
Universidad de Extremadura	No	-
Universitat de Girona	No	-
Universidad de Granada	No	-
Universidad de Huelva	No	-
Universitat de les Illes Balears	No	-
Universidad de Jaén	No	-
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	No	-
Universidad de León	No	-
Universitat de Lleida	No	-
Universidad de Málaga	No	-
Universidad de Murcia	No	-
Universidad de Oviedo	No	-
Universidad Pablo de Olavide	No	-
Universidad del País Vasco	No	-
Universitat Rovira i Virgili	No	-
Universidad de Salamanca	No	-
Universidad de Santiago de Compostela	No	-
Universitat de València (Estudi General)	No	-
Universidad de Valladolid	No	-
Universidad de Vigo	No	-
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universidad Camilo José Cela	No	-
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	No	-
Universidad de Deusto	No	-
Universidad Pontificia de Salamanca	No	-
Universitat Ramon Llull	No	-
Universitat de Vic	No	-
<b>Universidades a distancia y especiales</b>		
Nacional de Educación a Distancia		
Universitat Oberta de Catalunya	No	-

Como se puede observar en la tabla 27, no se han encontrado dentro de los planes de estudio de las titulaciones de Educación Social de las universidades nacionales asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria, aunque en la bibliografía revisada vemos que Ortiz (1999, p. 11) afirma que en ese momento existía una asignatura optativa denominada “Pedagogía Hospitalaria” dentro de la diplomatura de Educación Social de la Universidad de Salamanca.

A continuación presentamos las tablas 28, 29 y 30 las cuales recogen los datos referidos a la presencia de asignaturas relacionadas con Educación para la Salud dentro de los planes de estudio de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria, Pedagogía y Educación Social.

**Tabla 28**

*Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Educación*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de A Coruña	Sí	Didáctica de la Ed. para la salud (P)
Universidad de Alcalá	Sí	Promoción de la salud y hábitos saludables (P) Educación para la salud (I)
Universidad de Alicante	No	-
Universitat Autònoma. de Barna	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Actividad física, diversidad y salud (P)
Universidad de Almería	Sí	Motricidad, salud y desarrollo integral en la infancia (I)
Universidad Autónoma de Madrid	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) La condición física y la salud en la edad escolar (P)

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

**Tabla 28**

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universitat de Barcelona	Sí	Infancia, salud y educación (I)
Universidad de Burgos	Sí	Salud y alimentación infantil (I) Educación para la salud (P)
Universidad de Cádiz	Sí	Actividad física y salud (P)
Universidad de Cantabria	Sí	Promoc. del desarrollo infantil saludable (I)
Universidad de Castilla-La Mancha	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)
Universidad de Córdoba	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Bases biológicas de la salud (I) Psicología de la salud (I) Educación para la salud y el consumo (I) Educación física y salud (P) Educación física para la salud (P) Educación para la salud (I)
Universidad de Extremadura	Sí	Motricidad, actividad física y salud (P)
Universitat de Girona	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)
Universidad de Granada	Sí	Ciencia, salud y sostenibilidad (P) Educación para la salud y la alimentación en la infancia (I)
Universidad de Huelva	Sí	Trastornos de la salud en la infancia (I) Educación para la salud y el consumo en la educación de 0 a 6 años (I) Actividad física y salud (P)
Universitat de les Illes Balears	Sí	Educación física y hábitos saludables (P) Educación para la salud (P)
Universidad de Jaén	Sí	Educación para la salud: aspectos didácticos y psicológicos (I) Motricidad y salud (I) Actividad física y salud (P)

**Tabla 28**  
*Continuación*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad Jaume I de Castellón	Sí	Educación para la salud (I) El desarrollo motriz. Salud y crecimiento (I)
Universidad de La Laguna	Sí	Educación para la salud en la infancia (I)
Universidad de La Rioja	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Actividad física y salud (P) Educación para la salud y la alimentación y su didáctica (I)
Universidad de Las Palmas	Sí	Didáctica de las Ciencias Naturales y de la educación para la salud.(P)
Universidad de León	No	-
Universitat de Lleida	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Salud y malestar docente (I) (P) Salud, higiene y alimentación infantil(I)
Universidad de Málaga	Sí	Actividad física y salud (P)
Universidad de Murcia	Sí	Educación física y salud (P)
Universidad de Oviedo	Sí	Desarrollo, comportamiento y salud (I) Primeros auxilios, salud y prevención de accidentes en la escuela (P)
Universidad del País Vasco	Sí	Actividad física y salud (P) Salud y actividad física (P)
Universidad Pública de Navarra	Sí	Educación Física y salud (I) (P)
Universidad Rey Juan Carlos	Sí	Educación para la salud, la higiene y la alimentación (I)
Universitat Rovira i Virgili	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)
Universidad de Salamanca	Sí	Salud y alimentación en la infancia y su didáctica (I)
Universidad de Santiago de Compostela	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)

**Tabla 28**

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de Sevilla	Sí	Salud infantil: educación motriz y artística (I) Psicopatología y salud infantil (I) Infancia, salud y alimentación (I) Didáctica de las Ciencias: medio ambiente, biodiversidad y salud (P)
Universitat de València	Sí	Intervención psicoeducativa en las discapacidades sensoriales, problemas motóricos y de salud (P) Infancia y hábitos de vida saludables (I)
Universidad de Valladolid	Sí	Educación Física y salud (P) Educación para la salud (P) Educación para la salud y su didáctica (I)
Universidad de Vigo	Sí	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)
Universidad de Zaragoza	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Psicología y salud infantil (I)
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universitat Abat Oliba CEU	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Higiene alimentaria, salud y desarrollo personal (I) Higiene corporal y salud pública (I)
Universidad Alfonso X El Sabio	Sí	Higiene, salud, actividad física y deporte (I) Bases de entretenimiento y acondicionamiento físico orientado a la salud y al rendimiento (P)
Universidad Antonio de Nebrija	Sí	Autonomía personal y salud (I)
Universidad Camilo José Cela	Sí	Prevención y promoción de la salud escolar (I)
Universidad Cardenal Herrera-CEU	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Educación Física y salud (P)

**Tabla 28**  
Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universidad Católica de Ávila	Sí	Promoción del desarrollo saludable (I) Salud escolar (I)
Universidad Católica de Valencia	Sí	Tratamiento de la actividad física, salud y necesidades educativas especiales (P)
Universidad Católica San Antonio	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Salud y bienestar en la edad escolar (I)
Universidad de Deusto	Sí	Alumnado con trastornos de conducta o de salud mental (P)
Universidad Europea de Madrid	Sí	Actividad física y salud (I) (P)
Universidad Europea Valencia	No	-
Universidad Francisco de Vitoria	Sí	Infancia, salud y alimentación (I) Salud y actividad física (P)
Universitat Intern. de Catalunya	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)
Universidad Loyola Andalucía	No	-
Universidad Mondragón	Sí	Educación Física, salud y bienestar (P)
Universidad de Navarra	Sí	Educación para la salud (I) (P)
Universidad Pontificia Comillas	Sí	Autonomía personal y salud infantil (I) Salud infantil (I)
Universidad Pontificia de Salamanca	Sí	Bases anatomofisiológicas del ejercicio físico y salud (P) Infancia, salud y alimentación: educación y salud (I)
Universitat Ramón Llull	Sí	Enseñanza y aprendizaje de la Educación Física y educación para la salud (P)
Universidad San Pablo-CEU	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)
Universitat de Vic	No	-

Tabla 28

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades a distancia</b>		
A Distancia de Madrid	Sí	Salud, infancia y alimentación (I)
Universidad Intern. de la Rioja	Sí	La Educación Física, la salud y la educación en valores (I) (P)
Universidad Isabel I de Castilla	Sí	Autonomía personal y salud infantil (I)
Universitat Intern. Valenciana	Sí	Infancia, salud y alimentación (I)

Tras presentar los primeros datos referidos a las asignaturas relacionadas con la educación para la Salud en los grados de Educación Infantil y Primaria, pasamos a mostrar en la tabla 29 las asignaturas relacionadas con la citada materia dentro de los grados de Pedagogía.

Tabla 29

*Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Pedagogía*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universitat Autònoma de Barcelona	No	-
Universitat de Barcelona	No	-
Universidad de Burgos	No	-
Universidad Complutense de Madrid	No	-
Universitat de Girona	No	-

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

Tabla 29

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de Granada	No	-
Universitat de les Illes Balears	No	-
Universidad de La Laguna	No	-
Universidad de Málaga	No	-
Universidad de Murcia	Sí	Educación para la salud y promoción de la calidad de vida
Universidad de Oviedo	No	-
Universidad del País Vasco	Sí	Salud y educación
Universitat Rovira i Virgili	No	-
Universidad de Salamanca	No	-
Universidad de Santiago de Compostela	No	-
Universidad de Sevilla	No	-
Universitat de València (Estudi General)	No	-
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	No	-
Universidad de Navarra	No	-
Universidad Pontificia de Salamanca	No	-
<b>Universidades a distancia y especiales</b>		
Nacional de Educación a Distancia	No	-

Prosiguiendo con la presentación de datos, mostramos en la tabla 30 las asignaturas relacionadas con la citada materia dentro de los grados de Educación Social.

**Tabla 30**

*Universidades del ámbito nacional que imparten asignaturas relacionadas con la Salud dentro de los grados de Educación Social*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de A Coruña	No	-
Universidad de Alcalá	No	-
Universitat Autònoma de Barcelona	Sí	Educación para la salud
Universidad de Almería	Sí	Educación y desarrollo sostenible: salud, consumo y medio ambiente Cuidados de salud para la ciudadanía
Universidad Autónoma de Madrid	No	-
Universitat de Barcelona	No	-
Universidad de Burgos	Sí	Prevención y promoción de la salud y dependencias
Universidad de Castilla-La Mancha	No	-
Universidad Complutense de Madrid	No	-
Universidad de Córdoba	Sí	Educación para la salud y la calidad de vida
Universidad de Extremadura	Sí	Diseño de programas de educación para la salud
Universitat de Girona	No	-
Universidad de Granada	No	-
Universidad de Huelva	No	-
Universitat de les Illes Balears	No	-
Universidad de Jaén	No	-
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	Sí	Intervención socioeducativa para la promoción de hábitos de vida saludables y reeducación de adicciones

Fuente: elaboración propia consultado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y planes de estudio de cada una de las universidades.

Tabla 30

Continuación

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b>Universidades públicas</b>		
Universidad de León	Sí	Educación para la salud Salud y bienestar profesional
Universitat de Lleida	Sí	Acción socioeducativa en el ámbito de la salud mental
Universidad de Málaga	No	-
Universidad de Murcia	Sí	Educación y promoción de la salud
Universidad de Oviedo	Sí	Desarrollo, comportamiento y salud Educación para la salud y calidad de vida
Universidad Pablo de Olavide	Sí	Programas de inserción en salud, prevención y promoción en el ámbito de la educación para el desarrollo
Universidad del País Vasco	No	-
Universitat Rovira i Virgili	No	-
Universidad de Salamanca	Sí	Educación para la salud
Universidad de Santiago de Compostela	No	-
Universitat de València (Estudi General)	Sí	Educación para la salud. Prevención de conductas adictivas
Universidad de Valladolid	Sí	Educación para la salud
Universidad de Vigo	Sí	Intervención en salud y Educación Social
<b>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</b>		
Universidad Camilo José Cela	Sí	Educación para la salud y la prevención de conductas de riesgo
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	No	-
Universidad de Deusto	No	-
Universidad Pontificia de Salamanca	No	-

**Tabla 30**

*Continuación*

Universidad	Asignaturas relacionadas con la Salud	Título de la Asignatura
<b><i>Universidades privadas y de la Iglesia Católica</i></b>		
Universitat Ramón Llull	Sí	Salud y vulnerabilidad social (gente mayor y salud comunitaria) Intervención socioeducativa en el ámbito de la salud mental Salud, sexualidad y relaciones interpersonales en la dolescencia Salud mental
Universitat de Vic	No	-
<b><i>Universidades a distancia y especiales</i></b>		
Nacional de Educación a Distancia	Sí	Educación para la salud
Universitat Oberta de Catalunya	Sí	Acción socioeducativa y salud mental
Universidad Internacional de la Rioja	No	-

Para finalizar con el estudio de la consideración actual de la Pedagogía Hospitalaria en las universidades, hemos procedido a investigar si existen posgrados específicos en esta materia en las universidades españolas. Resumimos esta información en la tabla 31 de la presente tesis.

**Tabla 31**

*Universidades del ámbito nacional que imparten posgrados relacionados con la Pedagogía Hospitalaria*

<b>Universidad</b>	<b>Título del Máster</b>	<b>Créditos</b>
Universidad de Barcelona	Máster en atención integral desde la Pedagogía Hospitalaria a lo largo de la vida	60
Universidad de la Laguna	Título propio experto universitario en uno de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria	15
Universidad de Barcelona	Diploma de Especialización / Posgrado Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría	33
Universitat Ramón Llull	Diploma de especialización universitaria en Pedagogía Hospitalaria	33

Fuente: elaboración propia.

**Presentación de las competencias específicas recogidas en las guías docentes de las asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la Salud**

Procedemos a presentar una serie de tablas que recogen las competencias específicas extraídas de las guías docentes de las asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria de las titulaciones de Magisterio, Pedagogía y Educación Social.

**Tabla 32**

*Competencias aportadas por la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Navarra en los grados de Educación Infantil y Primaria*

<b>Competencias Específicas extraídas de la guía docente de la asignatura PH de la Universidad de Navarra</b>	
<b>1</b>	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué.
<b>2</b>	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia.
<b>3</b>	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.
<b>4</b>	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención.
<b>5</b>	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria.
<b>6</b>	Diseñar estrategias de intervención con el fin de favorecer el proceso de inclusión de los niños con enfermedad.
<b>7</b>	Comparar los principios de actuación en diversos países.
<b>8</b>	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente.
<b>9</b>	Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información.
<b>10</b>	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados.

Fuente: elaboración propia extraída de la guía docente de la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Navarra.

**Tabla 33**

*Competencias aportadas por la asignatura Orientación en situaciones Especiales: atención hospitalaria y menores en riesgo social de la Universidad de Burgos en el grado de Pedagogía*

**Competencias Específicas extraídas de la guía docente de la asignatura Orientación en situaciones Especiales: atención hospitalaria y menores en riesgo social de la Universidad de Burgos**

- 1 Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas.
- 2 Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral.
- 3 Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales.
- 4 Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión.
- 5 Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos.
- 6 Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa.

Fuente: elaboración propia extraída de la guía docente de la asignatura Orientación en situaciones Especiales: atención hospitalaria y menores en riesgo social de la Universidad de Burgos.

**Tabla 34**

*Competencias aportadas por la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Santiago de Compostela en el grado de Pedagogía*

**Competencias Específicas extraídas de la guía docente de la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Santiago de Compostela**

- 1 Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria.
- 2 Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos.
- 3 Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización.
- 4 Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida.

Fuente: elaboración propia extraída de la guía docente de la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad Santiago de Compostela.

**Tabla 34***Continuación*

<b>Competencias Específicas extraídas de la guía docente de la asignatura Pedagogía Hospitalaria de la Universidad de Santiago de Compostela</b>	
5	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana.
6	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia.

---

A continuación presentamos las competencias que son tenidas en cuenta en los posgrados relacionados con la Pedagogía Hospitalaria que ofertan las universidades nacionales.

**Tabla 35***Competencias aportadas por el Máster en atención integral desde la Pedagogía Hospitalaria a lo largo de la vida de la Universidad de Barcelona*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria extraídas del Máster en atención integral desde la Pedagogía Hospitalaria a lo largo de la vida de la Universidad de Barcelona</b>	
1	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.
2	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico.
3	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores.
4	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria.
5	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria.
6	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto.
7	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas.

---

Fuente: elaboración propia extraída de la web de la Universidad de Barcelona.

**Tabla 35**  
*Continuación*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria extraídas del Máster en atención integral desde la Pedagogía Hospitalaria a lo largo de la vida de la Universidad de Barcelona</b>	
<b>8</b>	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las persona con enfermedad y sus familias.
<b>9</b>	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores).
<b>10</b>	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>11</b>	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.
<b>12</b>	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la PH.

**Tabla 36**  
*Competencias aportadas por el Título propio experto universitario en uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria de la Universidad de la Laguna*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria para maestros extraídas del Título propio experto universitario en uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria de la Universidad de la Laguna</b>	
<b>1</b>	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario.
<b>2</b>	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos.
<b>3</b>	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas y adaptaciones curriculares tomando en cuenta las necesidades especiales y/ó específicas del estudiante.
<b>4</b>	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnología adaptadas a las necesidades especiales y/ó específicas del estudiante.

Fuente: elaboración propia extraída de la web de la Universidad de La Laguna.

**Tabla 37**

*Competencias aportadas por el Diploma de Especialización / Posgrado: Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría de la Universidad de Barcelona*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria para maestros extraídas del Diploma de Especialización / Posgrado: Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría de la Universidad de Barcelona</b>	
1	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
2	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.
3	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.
4	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral.
5	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH.
6	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
7	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
8	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.

Fuente: elaboración propia consultado en ICE-UB.

**Tabla 38**

*Competencias aportadas por el Diploma de especialización universitaria en Pedagogía Hospitalaria de la Universidad Ramón Llull*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria para maestros extraídas del Diploma de especialización universitaria en Pedagogía Hospitalaria de la Universidad Ramón Llull</b>	
1	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.

Fuente: elaboración propia extraída de la web de la Universidad Ramón LLull.

Tabla 38

*Continuación*

<b>Competencias en Pedagogía hospitalaria para maestros extraídas del Diploma de especialización universitaria en Pedagogía Hospitalaria de la Universidad Ramón Llull</b>	
<b>2</b>	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.
<b>3</b>	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.
<b>4</b>	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral.
<b>5</b>	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH.
<b>6</b>	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
<b>7</b>	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
<b>8</b>	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.

Observamos que las competencias de los masters de la Universidad de Barcelona y la Universidad Ramón Llull son las mismas, debido a que hacen referencia a una misma formación que imparten ambas universidades en estrecha colaboración.

### **Selección de las competencias específicas extraídas de las guías docentes de las asignaturas de Educación para la Salud**

Siguiendo con el análisis documental presentamos en la tabla 39 un listado de competencias que ha sido extraído del análisis de todas las guías docentes relacionadas con la asignatura de Educación para la Salud presentadas en las tablas 64, 65 y 66. Aportamos toda la información en el anexo V. Decidimos extraer esta información del cuerpo de la tesis doctoral por tratarse de un número muy considerable de páginas que de incluirlas en este apartado, podría suponer la ruptura del hilo argumental.

En el caso de las competencias relacionadas con la Educación para la salud, hemos realizado una selección de competencias basándonos en 4 criterios que tuvimos en cuenta para la extracción de las evidencias empíricas y la posterior redacción de competencias:

1. Que las competencias deriven de las consecuencias de la aparición de la enfermedad y/u hospitalización infantil. (Cr1).
2. Que las competencias deriven de las alteraciones que conlleva la aparición de la enfermedad y/u hospitalización infantil. (Cr2).
3. Que las competencias deriven de las funciones del docente en las aulas hospitalarias. (Cr3).
4. Que las competencias deriven de las características deseables del maestro hospitalario. (Cr4).

**Tabla 39**

*Selección de competencias aportadas por las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud de las universidades nacionales que imparten grados en Educación Infantil y Primaria, Pedagogía y Educación Social teniendo en cuenta los criterios expuestos*

<b>Competencias extraídas de las asignaturas de Educación para la Salud</b>	
<b>1</b>	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento.
<b>2</b>	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables.
<b>3</b>	Estudiar los principales problemas de salud infantil.
<b>4</b>	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
<b>5</b>	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos.
<b>6</b>	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias.
<b>7</b>	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.
<b>8</b>	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.
<b>9</b>	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de contenido de las guías docentes de las asignaturas de Educación para la salud de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria, Pedagogía y Educación Social de todas las universidades nacionales.

## 5.4 Resultados de la investigación

Como resultado a todo el análisis documental presentado en el proceso de investigación de nuestro primer estudio, hemos elaborado nuestra propuesta de competencias específicas para la formación universitaria en materia de Pedagogía Hospitalaria para futuros docentes, la cual conforma el objetivo general del presente estudio. A modo de resumen, hemos unificado las competencias recogidas en las tablas 21, 22, 23, 24, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 y hemos suprimido aquellas competencias que se solapaban.

**Tabla 40**

*Propuesta de competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>1</b>	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia.
<b>2</b>	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren.
<b>3</b>	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital.
<b>4</b>	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.
<b>5</b>	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad.
<b>6</b>	Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil.
<b>7</b>	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización.
<b>8</b>	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario.
<b>9</b>	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones.
<b>10</b>	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 40

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
11	Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado.
12	Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital.
13	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.
14	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado.
15	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario.
16	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil.
17	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización.
18	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario.
19	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
20	Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización.
21	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.
22	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.
23	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria.
24	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica.
25	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario.
26	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.
27	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia.
28	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico.
29	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo.
30	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario.

**Tabla 40**

*Continuación*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>31</b>	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud
<b>32</b>	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
<b>33</b>	Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario.
<b>34</b>	Ejecutar proyectos educativos en el hospital.
<b>35</b>	Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado.
<b>36</b>	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria.
<b>37</b>	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos.
<b>38</b>	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares.
<b>39</b>	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento.
<b>40</b>	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario.
<b>41</b>	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible.
<b>42</b>	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario.
<b>43</b>	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa.
<b>44</b>	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué.
<b>45</b>	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia.
<b>46</b>	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.
<b>47</b>	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención.
<b>48</b>	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria.
<b>Diseñar estrategias de intervención con el fin de favorecer el proceso de inclusión de los niños con enfermedad. Solapamiento competencia 5</b>	
<b>49</b>	Comparar los principios de actuación en diversos países.

Tabla 40

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
50	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente
51	Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información.
52	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados.
53	Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas.
54	Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral.
55	Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales.
56	Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión.
57	Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos.
58	Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa.
59	Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria
60	Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos.
61	Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización.
62	Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida.
63	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana.
64	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia.
65	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.

**Tabla 40**

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
66	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico.
67	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores.
68	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria.
69	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria.
70	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto.
71	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas.
72	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.
73	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores).
74	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.
75	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.
76	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria.
77	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario.
78	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos.
	<del>Ser capaz de elaborar propuestas didácticas y adaptaciones curriculares tomando en cuenta las necesidades especiales y/o específicas del estudiante.</del> <b>Solapamiento competencia 5.</b>
80	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
81	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.

Tabla 40

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
	<del>Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.</del> <b>Solapamiento competencia 71</b>
<b>82</b>	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral.
<b>83</b>	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH.
<b>84</b>	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
<b>85</b>	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
<b>86</b>	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.
<b>87</b>	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento .
<b>88</b>	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables.
<b>89</b>	Estudiar los principales problemas de salud infantil.
<b>90</b>	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
<b>91</b>	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos.
<b>92</b>	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias.
<b>93</b>	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.
<b>94</b>	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.
<b>95</b>	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.

Antes de dar por finalizado el estudio cualitativo, hemos realizado una categorización de las competencias específicas propuestas a partir de la literatura revisada atendiendo a la tipología de las mismas.



**Figura 17.** Categorización de las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria para la formación docente por tipología.

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura revisada.

Acorde con la categorización especificada en la figura 17, procedemos a clasificar las competencias propuestas por categorías, dependiendo de los planos del aprendizaje a los que Bloom hace referencia en su Taxonomía. No obstante, queremos dejar patente que muchas de las competencias no atienden a un único plano del aprendizaje, puesto que el término “ser competente” engloba hacer frente y dar respuesta a diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus múltiples variables. En nuestra clasificación, hemos optado por clasificarlas de acorde al plano que mayor incidencia tiene para la consecución de la misma, entendiendo que pueden aparecer discrepancias motivadas por la multiplicidad de dimensiones requeridas para la consecución de cada una de ellas.

Para ello presentamos las tablas 41, 42 y 43.

Tabla 41

Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom

Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom	
1	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia.
2	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren.
3	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital.
4	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.
5	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad.
6	Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil.
7	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización.
8	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario.
12	Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital.
14	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado.
15	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario.
16	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil.
17	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización.
18	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario.
19	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
20	Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización.
21	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.
25	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 41**

*Continuación*

<b>Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom</b>	
<b>27</b>	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia.
<b>28</b>	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico.
<b>30</b>	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario.
<b>37</b>	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos.
<b>39</b>	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento.
<b>44</b>	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué.
<b>45</b>	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia.
<b>46</b>	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.
<b>47</b>	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención.
<b>48</b>	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria.
<b>49</b>	Comparar los principios de actuación en diversos países.
<b>50</b>	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaliente
<b>51</b>	Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información.
<b>53</b>	Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas.
<b>56</b>	Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión.
<b>54</b>	Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral.
<b>55</b>	Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales.
<b>57</b>	Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos.
<b>58</b>	Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa.

**Tabla 41**  
*Continuación*

<b>Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom</b>	
<b>59</b>	Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria
<b>60</b>	Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos.
<b>61</b>	Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización.
<b>62</b>	Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida.
<b>63</b>	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana.
<b>64</b>	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia.
<b>65</b>	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>66</b>	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico.
<b>67</b>	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores.
<b>68</b>	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria.
<b>69</b>	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria.
<b>70</b>	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto.
<b>71</b>	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas.
<b>72</b>	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.
<b>73</b>	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores).
<b>74</b>	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>75</b>	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.

**Tabla 41**

*Continuación*

<b>Competencias cognitivas según la Taxonomía de Bloom</b>	
<b>76</b>	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>77</b>	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario.
<b>79</b>	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnologías adaptadas a las necesidades especiales y/o específicas del estudiante.
<b>80</b>	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
<b>81</b>	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.
<b>82</b>	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral.
<b>83</b>	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH.
<b>84</b>	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
<b>85</b>	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
<b>87</b>	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento .
<b>88</b>	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables.
<b>89</b>	Estudiar los principales problemas de salud infantil.
<b>90</b>	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
<b>91</b>	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos.
<b>93</b>	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.
<b>94</b>	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.

Tabla 42

Competencias emocionales según la Taxonomía de Bloom

Competencias emocionales según la Taxonomía de Bloom	
9	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones.
10	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño.
11	Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado.
19	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
22	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.
23	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria.
26	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.
29	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo.
31	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud
32	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
36	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria.
38	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares.
40	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario.
41	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible.
42	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario.
43	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa.
52	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados.
86	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.
92	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias.
95	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 43***Competencias psicomotoras según la Taxonomía de Bloom*

<b>Competencias psicomotoras según la Taxonomía de Bloom</b>	
<b>13</b>	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.
<b>24</b>	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica.
<b>33</b>	Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario.
<b>34</b>	Ejecutar proyectos educativos en el hospital.
<b>35</b>	Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado.
<b>78</b>	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos.

Fuente: elaboración propia.

Antes de dar por finalizado el apartado de resultados de la investigación cualitativa, describimos la consecución de los objetivos específicos propuestos para la misma.

En primer lugar, como se puede observar en el apartado referido al procedimiento de recogida de datos, hemos cumplido con todos los objetivos específicos propuestos en el estudio cualitativo.

En referencia al primer objetivo específico propuesto, el cual propone extraer un listado de evidencias empíricas basadas en la fundamentación teórica y diseñar los listados de competencias referidos a cada una de ellas ha quedado reflejado en las figuras 11, 12, 13 y 14 (evidencias empíricas) y en las tablas 21, 22, 23 y 24 (competencias específicas en base a las evidencias empíricas).

Siguiendo con la consecución de objetivos, podemos observar en las tablas 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31 cuál es la prevalencia de la Pedagogía Hospitalaria en los planes de estudio de las titulaciones de Magisterio, Pedagogía y Educación Social, cumpliendo con estas aportaciones con el segundo objetivo propuesto.

En relación al tercer objetivo, el cual propone recopilar las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria propuestas por las titulaciones de Educación (Magisterio), Pedagogía y Educación Social, hemos plasmado en las tablas 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38 las competencias específicas propuestas en las guías docentes analizadas.

Finalizamos la exposición de consecución de objetivos, con la selección de competencias específicas compatibles con el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias, extraídas de las asignaturas de Educación para la Salud. Dichas competencias aparecen reflejadas en la tabla 39 y nacen del exhaustivo análisis recogido en el anexo V de la presente tesis doctoral.

Nuestra propuesta de competencias da por finalizado el primer estudio de nuestro marco empírico y da paso al segundo estudio que describimos en las siguientes páginas.



## **CAPÍTULO 6. ESTUDIO CUANTITATIVO BASADO EN LA VALORACIÓN DE EXPERTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

En el presente capítulo vamos a exponer el objeto de estudio, la metodología utilizada así como el proceso de investigación y los resultados obtenidos.

### **6.1 Descripción del objeto de estudio**

Una vez presentada la propuesta de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria, ponemos de relieve que consideramos necesario que esta propuesta debe ser sometida a valoración por quienes están trabajando día a día en las aulas hospitalarias. Entendemos que el objetivo principal de nuestra tesis no habría sido alcanzado si no contamos con la opinión de quienes conocen, en primera persona, el trabajo de los maestros en el contexto hospitalario. Así mismo, puesto que lo que desarrollamos en la presente tesis doctoral es una propuesta de competencias específicas para la formación de futuros docentes en una disciplina muy concreta, consideramos que conocer el grado de desarrollo de cada competencia en las universidades de la Comunidad Valenciana en la actualidad, nos aporta una visión clara de hacia donde debemos dirigir nuestra propuesta formativa, evitando solapamientos pero también, vacíos formativos en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.

Por ello, aunque el objeto de estudio de nuestra tesis se ha expuesto en multitud de ocasiones a lo largo del trabajo que nos ocupa, el objetivo que persigue nuestro estudio cuantitativo es conocer la opinión que tienen los maestros que están en activo en el curso 2015-2016 en las aulas hospitalarias de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana acerca de la propuesta de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria elaborada en la presente tesis doctoral a partir del primer estudio y presentada en la tabla 40.

Llegados a este punto, consideramos prudente avanzar que el estudio cuantitativo se ha centrado en la elaboración y aplicación del cuestionario CODEPH-MAGHOS, el cual definiremos en el apartado siguiente.

Con la intención de realizar un análisis profundo de la información obtenida en el estudio II, hemos fijado una serie de objetivos específicos que presentamos a continuación:

1. Conocer el grado de importancia atribuido a cada ítem así como el nivel de desarrollo alcanzado en la universidad.
2. Conocer cuáles son los ítems más valorados por los maestros hospitalarios en cuanto al grado de importancia atribuido.
3. Conocer si existen diferencias significativas entre el grado de importancia atribuido a cada ítem y el nivel de desarrollo alcanzado en la universidad.
4. Conocer las diferencias entre el grado de importancia y el nivel de desarrollo de las competencias agrupadas por escalas.
5. Comparar las escalas entre sí para conocer qué aspectos son consideramos más importantes en la formación docente.
6. Analizar la correlación existente entre los años de experiencia docente tanto dentro como fuera de Unidades de Pedagogía Hospitalaria y las puntuaciones atribuidas a cada escala tanto para conocer el grado de importancia como el nivel de desarrollo en la universidad.

## 6.2 Descripción de la metodología

Atendiendo al criterio de datación, a la naturaleza de los datos analizados, al procedimiento utilizado y al uso de magnitudes numéricas para evaluar la valoración de la muestra seleccionada, nuestro estudio ha seguido un enfoque cuantitativo. Autores como Pita y Pértegas (2002) definen la investigación cuantitativa como la investigación que trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables. También mencionan que mediante esta modelo de investigación se persigue la generalización y objetivización de los resultados obtenidos a través de una muestra, de forma que estos nos permitan predecir o inferir el comportamiento de la población a la que pertenece la citada muestra.

Por su parte, Gómez (2006) considera que el enfoque cuantitativo es equivalente a medir, entendiendo medir como la asignación de números a objetos y eventos de acuerdo a ciertas reglas para poder explicar la realidad de una manera objetiva.

De entre las diversas técnicas de recogida de información cuantitativas, hemos elegido la investigación por encuesta, con la finalidad no sólo de recoger datos sino poder describir y predecir un fenómeno educativo concreto. En nuestro caso el instrumento escogido ha sido el cuestionario ya que pretendíamos medir el grado de importancia y adquisición de un número concreto y limitado de competencias.

### 6.3 Proceso de investigación

En el apartado que nos ocupa, nos proponemos exponer las distintas fases de la investigación cuantitativa con la intención de clarificar el contenido del mismo. Aportamos a continuación una tabla que resume el citado proceso.

**Tabla 44**

*Fases del proceso de investigación del estudio cuantitativo basado en la valoración de expertos sobre competencias docentes específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria necesarias para el ejercicio profesional de los maestros en las aulas hospitalarias*

Fase	Tareas
Fase 1	Elaboración del instrumento.
Fase 2	Selección de la muestra.
Fase 3	Procedimiento de recogida de datos.
Fase 4	Análisis de resultados.
Fase 5	Resultados de la investigación.

Fuente: elaboración propia.

Damos por entendido que las fases que presentamos han sido precedidas por el planteamiento del problema que presenta la tesis doctoral así como por el objeto de estudio de la investigación que nos ocupa.

#### 6.3.1 Elaboración del Instrumento

Una vez diseñado el listado de competencias docentes específicas para el ejercicio profesional de los maestros en las aulas hospitalarias, decidimos que siguiendo con la metodología empleada en la primera fase del Proyecto Tuning, era interesante conocer la opinión que tienen sobre las mismas quienes se dedican a la atención educativa de los niños en los hospitales de la Comunidad Valenciana. Para ello diseñamos el Cuestionario de Evaluación en materia de Competencias docentes específicas en el área de pedagogía hospitalaria CODEPH-MAGHOS. (Ver anexo I). En él, presentamos las 95 competencias extraídas de la suma de las evidencias encontradas en los estudios presentados en la fundamentación teórica, la selección

de competencias extraídas de las guías docentes de las asignaturas de Pedagogía Hospitalaria y Educación para la Salud de las universidades nacionales, así como de los másteres de las universidades de España que guardan relación con nuestro campo de estudio.

En el cuestionario, se solicita a los maestros hospitalarios que indiquen cuál es el grado de importancia que ellos le atribuyen a cada competencia para el desempeño profesional de los docentes en las aulas hospitalarias, así como el nivel de adquisición de dicha competencia en su formación universitaria. Igualmente, se pide a los maestros de hospital que indiquen si para ellos existe alguna competencia que consideren necesaria para el ejercicio de la función docente en los hospitales y que no ha quedado registrada en el listado propuesto. Para finalizar, se solicita a los encuestados que indiquen, por orden de importancia, las 10 competencias clave para el buen desempeño del trabajo de maestro en las aulas hospitalarias.

Con respecto a la descripción general de los componentes que evalúa el instrumento, el Cuestionario CODEPH-MAGOS está formado por 4 escalas:

- CODEPH - MAGHOS\_CONS
- CODEPH - MAGHOS\_ALT
- CODEPH - MAGHOS\_FUN
- CODEPH - MAGHOS\_CAR

La primera escala (CODEPH - MAGHOS\_CONS) incluye los ítems que reflejan las competencias derivadas de las consecuencias que la enfermedad y/u hospitalización acarrea sobre el menor y su familia. Esta escala ha sido dividida en 2 sub-escalas:

Sub.escala 1:CODEPH - MAGHOS\_CONS\_ENF

Sub-escala 2: CODEPH - MAGHOS\_CONS\_HOSP

atendiendo a la diferenciación entre las consecuencias que derivan de la enfermedad y a las consecuencias que derivan de la hospitalización.

La segunda escala (CODEPH - MAGHOS\_ALT) incluye los ítems que reflejan las competencias derivadas de las alteraciones que la enfermedad y/u hospitalización acarrea sobre el menor y su familia.

Esta escala ha sido dividida en 3 sub-escalas:

Sub-escala 1: CODEPH - MAGHOS\_ALT\_EMOG

Sub-escala 2: CODEPH - MAGHOS\_ALT\_COG

Sub-escala 3: CODEPH-MAGHOS\_ALT\_COMP

atendiendo a la diferenciación entre las alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales que derivan de la a enfermedad y/u hospitalización.

La tercera escala (CODEPH-MAGHOS\_FUN) incluye los ítems que reflejan las competencias derivadas de las funciones del maestro hospitalario y se divide en 4 sub-escalas:

Sub-escala 1: CODEPH-MAGHOS\_FUN\_EQUIP

Sub-escala 2: CODEPH-MAGHOS\_FUN\_FAM

Sub-escala 3: CODEPH-MAGHOS\_FUN\_CENT

Sub-escala 4: CODEPH-MAGHOS\_FUN\_ALM

atendiendo a las funciones que los maestros hospitalarios tienen en relación con el equipo sanitario, la familia, el centro de referencia y el alumno respectivamente.

Para finalizar con la descripción general de componentes, la cuarta escala (CODEPH-MAGHOS\_CAR) incluye los ítems que reflejan las competencias derivadas de las características deseables del maestro hospitalario y se divide en 2 sub-escalas:

Sub-escala 1: CODEPH-MAGHOS\_CAR\_RAS

Sub-escala 2: CODEPH-MAGHOS\_CAR\_CAR

atendiendo a los rasgos de personalidad y a las características respectivamente. En la tabla 45 podemos observar la explicación de los componentes que conforman el Cuestionario CODEPH-MAGOS, así como los ítems conforman cada componente.

Tabla 45

Componentes del cuestionario CODEPH – MAGHOS

Nomenclatura escala	Nomenclatura sub-escala	Descripción de componentes	Nº de ítems
CODEPH- MAGHOS_CONS		Hace referencia a las competencias derivadas de las consecuencias de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	1,2,3,4,5,6,7,8,9 10,11,12,13,44,45,46, 47,49,50,51,59,60,65, 66,67,68,69,80,84,87, 88,89,93,94
	CODEPH- MAGHOS_ CONS_ENF	Consecuencias derivadas de la enfermedad	1,2,5,6,7,8,44,45,46,4 7,49,50,51,59,65,66,6 7,68,69,80,84,87,88, 89,93,94
	CODEPH- MAGHOS_ CONS_HOSP	Consecuencias derivadas del ingreso	3,4,5,7,9,10,11,12,13, 44,45,46,47,49,50,51, 59,60,65,67,68,69,80, 84,
CODEPH- MAGHOS_ALT		Hace referencia a las competencias basadas en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	14,15,16,17,18,19,20, 21,22, 23,24
	CODEPH- MAGHOS_ ALT_EMOC	Alteraciones emocionales	14,15,16,17,21,22,23, 24
	CODEPH- MAGHOS_ ALT_COG	Alteraciones Cognitivas	18,19
	CODEPH- MAGHOS_ ALT_COMP	Alteraciones comportamentales	20

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 45**

Continuación

Nomenclatura escala	Nomenclatura sub-escala	Descripción de componentes	Nº de ítems
<b>CODEPH-MAGHOS_FUN</b>		Hace referencia a las competencias derivadas de las funciones del maestro hospitalario.	25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,48,52,53,54,55,56,57,58,61,62,63,64,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,82,83,90,91,92
	CODEPH-MAGHOS_FUN_EQUIP	El equipo sanitario	29,31,63,76
	CODEPH-MAGHOS_FUN_FAM,	La familia	29,72,76,92
	CODEPH-MAGHOS_FUN_CENT	El centro de referencia	26,27,48,63,76,90
	CODEPH-MAGHOS_FUN_ALM	El alumno	25,28,30,32,33,34,35,52,53,54,55,56,57,58,61,62,64,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,82,83,91,
<b>CODEPH-MAGHOS_CAR</b>		Hace referencia a las competencias derivadas de las características deseables del maestro hospitalario.	36,37,38,39,40,41,42,43,81,85,86,95
	CODEPH-MAGHOS_CAR_RAS	Rasgos de personalidad	41,43,81,85,86,95
		Características deseables	36,37,38,39,40,42

Pasamos a definir en el apartado siguiente la muestra seleccionada para la aplicación del instrumento presentado.

### 6.3.2 Selección de la muestra

Una vez diseñado y validado el cuestionario, procedemos a describir la segunda fase del proceso de investigación empírico. Para ello es necesario definir la muestra seleccionada para la aplicación del cuestionario así como los criterios de selección y la recogida de la misma.

Tal y como se ha avanzado desde el inicio de este trabajo, los destinatarios del cuestionario elaborado son los agentes implicados en la atención educativa de los niños hospitalizados en las aulas hospitalarias de los hospitales de la Comunidad Valenciana. Los criterios de selección de la muestra responden al conocimiento que tienen los mismos con respecto al objeto de estudio de nuestra tesis.

Presentamos por tanto en la tabla 46 la relación de hospitales de la Comunidad Valenciana destacando aquellos que cuentan en entre sus servicios con aulas hospitalarias en el curso 2015/2016.

**Tabla 46**

*Hospitales de la Comunidad Valenciana que disponen de aulas hospitalarias en el curso 2015/2016*

Municipio	Nombre del Hospital	Aula Hospitalaria
<b>Alicante</b>	<b>Hospital General Universitario de Alicante</b>	Sí
<b>Alcoy</b>	Hospital Virgen de los Lirios	No
<b>Denia</b>	<b>Hospital de Denia</b>	Sí
	Hospital la Pedrera	No
<b>Elche</b>	<b>Hospital General de Elche</b>	Sí
	<b>Hospital del Vinalopó</b>	Sí
<b>Elda</b>	<b>Hospital General de Elda-Virgen de la salud</b>	Sí
<b>Orihuela</b>	<b>Hospital de la A.V.S. Vega Baja</b>	Sí
<b>San Juan</b>	<b>Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant</b>	Sí
<b>San Vicente</b>	Hospital San Vicente	No

Tabla 46

Continuación

Municipio	Nombre del Hospital	Aula Hospitalaria
<b>Torreveija</b>	<b>Hospital de Torreveija</b>	<b>Sí</b>
<b>Villajoyosa</b>	Hospital de la Marina Baixa	No
<b>Castellón de la Plana</b>	<b>Hospital General de Castellón</b>	<b>Sí</b>
	Hospital la Magdalena	No
<b>Villareal</b>	Hospital de la Plana	No
<b>Vinarós</b>	Hospital Comarcal de Vinarós	No
<b>Valencia</b>	<b>Hospital Universitario y Politécnico La Fe</b>	<b>Sí</b>
	<b>Hospital Universitario Dr. Peset</b>	<b>Sí</b>
	Hospital Arnau de Vilanova	No
	<b>Hospital Clínico Universitario</b>	<b>Sí</b>
	Hospital de la Malvarosa	No
	Hospital Pare Jofre	No
<b>Alzira</b>	Hospital universitario de la Ribera	No
<b>Gandía</b>	<b>Hospital Francesc de Borja de Gandia</b>	<b>Sí</b>
<b>Onteniente</b>	Hospital General de Ontinyent	No
<b>Requena</b>	Hospital de Requena	No
<b>Sagunto</b>	<b>Hospital de Sagunto</b>	<b>Sí</b>
<b>Serra</b>	Hospital Doctor Moliner	No
<b>Xàtiva</b>	<b>Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva</b>	<b>Sí</b>

Fuente: elaboración propia.

### 6.3.3 Procedimiento de recogida de datos

Tal y como refleja la instrucción de 22 de septiembre de 2015 de la Dirección General de Política Educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2016/2016, existen en la citada comunidad 15 unidades pedagógicas hospitalarias. Destacamos que la Comunidad Valenciana es la segunda comunidad autónoma, solo por detrás de Andalucía, con mayor número de aulas hospitalarias en funcionamiento.

El procedimiento seguido para la recogida de los datos se resume en la visita a cada una de las aulas hospitalarias de la Comunidad Valenciana, previo concierto

de una reunión, que nos ha permitido conocer en primera persona tanto las instalaciones como a los profesionales de la educación que trabajan en las aulas hospitalarias en el curso 2015 – 2016.

Los contactos con las UPH se hicieron de manera gradual, de modo que ante cada nuevo contacto, informábamos a dichos docentes de las reuniones previas que íbamos teniendo, con la intención de transmitirles la acogida que estaba teniendo nuestra investigación. Consideramos que este ha sido un punto clave en la recogida de los datos. Los contactos con las UPH se realizaron mediante el envío de un correo electrónico en el que nos dispusimos a presentarnos y a solicitar la colaboración de cuantos docentes estuviesen en activo en el curso 2015/2016 en las UPH de la Comunidad Valenciana. Para ello, propusimos en cada caso unas fechas en las que poder reunirnos y facilitamos nuestros teléfonos de contacto para que los docentes pudiesen contactar con nosotros, en caso de considerarlo necesario.

Durante las visitas, nos dispusimos a presentar un breve resumen de nuestra investigación, con la intención de contextualizar el tema investigado y de que los maestros conocieran la importancia de su colaboración en nuestra investigación. La respuesta de los docentes solo puede calificarse de excepcional.

Un aspecto a destacar, es que el hecho de que la colaboración de los maestros hospitalarios haya estado basada en ofrecer su opinión acerca de aspectos relacionados con la formación, ha facilitado mucho su implicación, puesto que con su participación no se han entrado a valorar otros aspectos relacionados con el funcionamiento de las Unidades de Pedagogía Hospitalaria.

Siguiendo con el procedimiento seguido en la recogida de datos, exponemos que los maestros hospitalarios se dispusieron a cumplimentar el cuestionario CODEPH-MAGHOS durante la visita, acordándose en algunos casos, el posterior envío vía correo electrónico o postal, de resultar más cómodo.

Destacamos en este punto que somos concedores de otras estrategias de recogida de los datos, que actualmente pueden considerarse más rápidas o cómodas, como las encuestas en línea a través de diferentes plataformas, pero también somos plenamente conscientes de que hemos conseguido plena participación de la muestra gracias a las visitas presenciales y a la exposición de motivos por los cuales requeríamos de la colaboración de los docentes hospitalarios.

Tras la recogida de los datos, nos dispusimos a realizar el análisis de los mismos a través del programa SPSS v.18 y los cuales presentamos en apartado siguiente, no sin antes presentar cuál ha sido el calendario de visitas a las aulas hospitalarias y el número de docentes que ejercen en cada una de ellas en la Comunidad Valenciana.

**Tabla 47**

*Cronograma de reuniones mantenidas con los equipos educativos de las aulas hospitalarias de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana y número de docentes*

<b>Municipio</b>	<b>Nombre del Hospital</b>	<b>Fecha</b>	<b>Nº Maestros</b>
<b>Alicante</b>	Hospital General Universitario de Alicante	10/12/2015	2
<b>Elche</b>	Hospital General de Elche	15/15/2015	2
<b>Elche</b>	Hospital del Vinalopó	15/12/2015	1
<b>Elda</b>	Hospital General de Elda-Virgen de la salud	24/11/2015	1
<b>Orihuela</b>	Hospital de la A.V.S. Vega Baja	14/12/2015	1
<b>San Juan</b>	Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant	03/12/2015	1
<b>Torreveija</b>	Hospital de Torreveija	16/12/2015	1
<b>Castellón</b>	Hospital General de Castellón	08/01/2016	3
<b>Valencia</b>	Hospital Univer. y Politécnico La Fe	20/11/2015	6
	Hospital Universitario Dr. Peset	20/11/2015	2
	Hospital Clínico Universitario	20/11/2015	2
<b>Gandia</b>	Hospital Francesc de Borja de Gandia	21/12/2015	1
<b>Sagunto</b>	Hospital de Sagunto	04/12/2015	1
<b>Xàtiva</b>	Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva	27/11/2015	1
<b>Denia</b>	Hospital de Denia	21/12/2015	1

Fuente: elaboración propia.

Como podemos observar en la tabla 47, trabajan en las 15 Unidades de Pedagogía Hospitalaria de la Comunidad Valenciana un total de 26 maestros hospitalarios. En su mayoría, son maestros especialistas en Pedagogía Hospitalaria o, en su defecto, maestros que también cuentan con la titulación de Pedagogía. Todos ellos, a excepción de uno que se encuentra cubriendo una baja laboral, están en comisión de servicios.

## 6.4 Resultados de la investigación

En el presente apartado vamos a presentar los resultados de la investigación cuantitativa de nuestra tesis doctoral. Para ello detallamos los materiales y métodos utilizados así como los datos obtenidos.

### 6.4.1 *Materiales y métodos*

Tal y como hemos destacado en el apartado anterior, todos los análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS v.18.

Destacamos que respecto a las respuestas de cada ítem, se han agrupado en ninguna-poca y bastante-mucha las escalas, debido a disponer de pocos casos en la muestra ya que 25 sujetos es una muestra relativamente pequeña.

Detallamos que para el objetivo 1, se han calculado tablas de frecuencia para cada ítem, tanto para importancia como para desarrollo.

Con respecto al objetivo 2, se ha calculado la valoración de los 25 maestros a cada ítem mediante la suma de sus puntuaciones, siendo 0 la menor puntuación y 10 la máxima puntuación.

Para el tercer objetivo, se ha evaluado la asociación entre la importancia de cada ítem y el desarrollo en la universidad, se han calculado tablas 2x2 de doble entrada con 'importancia' en filas y 'desarrollo' en columnas, aplicando el test de McNemar para evaluar el cambio en la respuesta. También se ha calculado el coeficiente de concordancia Kappa de Cohen.

Con respecto al cuarto objetivo, se ha calculado cada escala CODEPH - MAGHOS\_CONS, CODEPH - MAGHOS\_ALT, CODEPH - MAGHOS\_FUN y CODEPH - MAGHOS\_CAR mediante la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes.

Se ha comparado la puntuación media de cada escala en importancia y en desarrollo mediante el test T de Student.

Siguiendo con los métodos utilizados para el análisis estadístico, para el objetivo cinco, con la intención de poder comparar las puntuaciones medias de las cuatro escalas dentro de importancia y de desarrollo, se han estandarizado las puntuaciones a una escala de 0 a 10. Después se ha aplicado el test de Friedman para muestras repetidas dentro de importancia y de desarrollo.

Por último y relacionado con sexto objetivo, para evaluar la asociación entre experiencia docente y en UPH con cada escala se ha calculado el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman.

#### **6.4.2 Análisis de datos**

Para presentar los resultados del análisis realizado, expondremos los datos siguiendo el orden de los objetivos propuestos en el presente capítulo.

Por ello y con respecto al primer objetivo mostramos en la tabla 48 el número de sujetos que han valorado cada ítem con la respuesta ninguna-poca o bastante-mucha importancia y ninguna-poca o bastante-mucho nivel de adquisición/desarrollo en la universidad. Así mismo, hemos calculado en términos de porcentaje las respuestas obtenidas. Se han sombreado los ítems que han sido valorados como muy importantes por el 100% de la muestra.

**Tabla 48**

*Número y porcentaje de respuestas a cada ÍTEM, una vez agrupadas en ninguna-poca y bastante-mucha*

Ítem	Escala	n	%
ITEM_1_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_1_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_2_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_2_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_3_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_3_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_4_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_4_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%
ITEM_5_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_5_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_6_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_6_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_7_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_7_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_8_imp	Ninguna-poca	5	20,0%
	Bastante-mucha	20	80,0%
ITEM_8_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_9_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_9_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 48**  
*Continuación*

Ítem	Escala	N	%
ITEM_10_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_10_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_11_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_11_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_12_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_12_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_13_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_13_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_14_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_14_des	Ninguna-poca	21	84,0%
	Bastante-mucha	4	16,0%
ITEM_15_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_15_des	Ninguna-poca	23	92,0%
	Bastante-mucha	2	8,0%
ITEM_16_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_16_des	Ninguna-poca	22	88,0%
	Bastante-mucha	3	12,0%
ITEM_17_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_17_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_18_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_18_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_19_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%

**Tabla 48**

*Continuación*

Ítem	Escala	n	%
ITEM_19_des	Ninguno-poco	18	72,0%
	Bastante-mucho	7	28,0%
ITEM_20_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_20_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_21_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_21_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_22_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_22_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_23_imp	Ninguna-poca	0	,00%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_23_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_24_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_24_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_25_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_25_des	Ninguno-poco	18	72,0%
	Bastante-mucho	7	28,0%
ITEM_26_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_26_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_27_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_27_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_28_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_28_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%

**Tabla 48**  
*Continuación*

Ítem	Escala	N	%
ITEM_29_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_29_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_30_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_30_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%
ITEM_31_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_31_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_32_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_32_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_33_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_33_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_34_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_34_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_35_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_35_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_36_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_36_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_37_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_37_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_38_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%

**Tabla 48**

*Continuación*

Ítem	Escala	n	%
ITEM_38_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_39_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_39_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_40_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_40_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_41_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_41_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_42_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_42_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_43_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_43_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%
ITEM_44_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_44_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_45_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_45_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_46_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%
ITEM_46_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_47_imp	Ninguna-poca	9	36,0%
	Bastante-mucha	16	64,0%
ITEM_47_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%

**Tabla 48**  
*Continuación*

Ítem	Escala	N	%
ITEM_48_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_48_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_49_imp	Ninguna-poca	16	64,0%
	Bastante-mucha	9	36,0%
ITEM_49_des	Ninguno-poco	24	96,0%
	Bastante-mucho	1	4,0%
ITEM_50_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%
ITEM_50_des	Ninguno-poco	24	96,0%
	Bastante-mucho	1	4,0%
ITEM_51_imp	Ninguna-poca	5	20,0%
	Bastante-mucha	20	80,0%
ITEM_51_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_52_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_52_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_53_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_53_des	Ninguna-poca	18	72,0%
	Bastante-mucha	7	28,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_54_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_54_des	Ninguno-poco	12	48,0%
	Bastante-mucho	13	52,0%
ITEM_55_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_55_des	Ninguno-poco	14	56,0%
	Bastante-mucho	11	44,0%
ITEM_56_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_56_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%

Tabla 48

Continuación

Ítem	Escala	n	%
ITEM_57_imp	Ninguna-poca	8	32,0%
	Bastante-mucha	17	68,0%
ITEM_57_des	Ninguno-poco	15	60,0%
	Bastante-mucho	10	40,0%
ITEM_58_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_58_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%
ITEM_59_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%
ITEM_59_des	Ninguno-poco	24	96,0%
	Bastante-mucho	1	4,0%
ITEM_60_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%
ITEM_60_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_61_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_61_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_62_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_62_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_63_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_63_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_64_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_64_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_65_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_65_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%

Tabla 48

Continuación

Ítem	Escala	N	%
ITEM_66_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_66_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_67_imp	Ninguna-poca	6	24,0%
	Bastante-mucha	19	76,0%
ITEM_67_des	Ninguno-poco	18	72,0%
	Bastante-mucho	7	28,0%
ITEM_68_imp	Ninguna-poca	8	32,0%
	Bastante-mucha	17	68,0%
ITEM_68_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_69_imp	Ninguna-poca	11	44,0%
	Bastante-mucha	14	56,0%
ITEM_69_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_70_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_70_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_71_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_71_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_72_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_72_des	Ninguno-poco	18	72,0%
	Bastante-mucho	7	28,0%
ITEM_73_imp	Ninguna-poca	5	20,0%
	Bastante-mucha	20	80,0%
ITEM_73_des	Ninguno-poco	17	68,0%
	Bastante-mucho	8	32,0%
ITEM_74_imp	Ninguna-poca	11	44,0%
	Bastante-mucha	14	56,0%
ITEM_74_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_75_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%

**Tabla 48**

*Continuación*

Ítem	Escala	n	%
ITEM_75_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_76_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_76_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_77_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_77_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_78_imp	Ninguna-poca	2	8,0%
	Bastante-mucha	23	92,0%
ITEM_78_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_79_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_79_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_80_imp	Ninguna-poca	4	16,0%
	Bastante-mucha	21	84,0%
ITEM_80_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%
ITEM_81_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_81_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_82_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_82_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_83_imp	Ninguna-poca	11	44,0%
	Bastante-mucha	14	56,0%
ITEM_83_des	Ninguno-poco	24	96,0%
	Bastante-mucho	1	4,0%
ITEM_84_imp	Ninguna-poca	10	40,0%
	Bastante-mucha	15	60,0%
ITEM_84_des	Ninguno-poco	23	92,0%
	Bastante-mucho	2	8,0%

**Tabla 48**  
*Continuación*

Ítem	Escala	N	%
ITEM_85_imp	Ninguna-poca	8	32,0%
	Bastante-mucha	17	68,0%
ITEM_85_des	Ninguno-poco	22	88,0%
	Bastante-mucho	3	12,0%
ITEM_86_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_86_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_87_imp	Ninguna-poca	7	28,0%
	Bastante-mucha	18	72,0%
ITEM_87_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_88_imp	Ninguna-poca	5	20,0%
	Bastante-mucha	20	80,0%
ITEM_88_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_89_imp	Ninguna-poca	8	32,0%
	Bastante-mucha	17	68,0%
ITEM_89_des	Ninguno-poco	21	84,0%
	Bastante-mucho	4	16,0%
ITEM_90_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_90_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_91_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_91_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_92_imp	Ninguna-poca	0	0,0%
	Bastante-mucha	25	100,0%
ITEM_92_des	Ninguno-poco	19	76,0%
	Bastante-mucho	6	24,0%
ITEM_93_imp	Ninguna-poca	3	12,0%
	Bastante-mucha	22	88,0%
ITEM_93_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%
ITEM_94_imp	Ninguna-poca	5	20,0%
	Bastante-mucha	20	80,0%

Tabla 48

Continuación

Ítem	Escala	n	%
ITEM_94_des	Ninguno-poco	13	52,0%
	Bastante-mucho	12	48,0%
ITEM_95_imp	Ninguna-poca	1	4,0%
	Bastante-mucha	24	96,0%
ITEM_95_des	Ninguno-poco	20	80,0%
	Bastante-mucho	5	20,0%

Tras presentar los primeros resultados referidos al objetivo número uno del capítulo 6 de la presente tesis doctoral, destacamos que la complejidad en el análisis irá creciendo a medida que avancemos en el estudio de los resultados.

Antes de presentar los resultados, consideramos relevante para nuestro análisis destacar que los ítems del 1 al 43 son las competencias que nuestra investigación aporta en base a la literatura científica revisada para la elaboración de la presente tesis doctoral. Los ítems de 44 al 95 han sido extraídos del análisis de todas las asignaturas relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria y la Educación para la salud y que hemos presentado en el capítulo cinco de este trabajo.

Como vemos, en la tabla 48, todos los sujetos han valorado el grado de importancia de las competencias con puntuaciones muy altas, destacando las competencias o ítems 3, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 82, 86, 90, 91 y 92 las cuales han sido valoradas como bastante o muy importantes por el 100% de la muestra. De las 27 competencias mejor valoradas, 22 han sido diseñadas por nosotros, lo cual significa que existe una gran concordancia entre nuestra propuesta de competencias y la realidad docente en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria.

Por el contrario, las competencias con menor porcentaje de puntuación obtenida han sido las competencias o ítems número 7, 10, 33, 47, 56, 57, 58, 64, 65,

67, 70, 71, 75, 76, 81, 84, 85, 87 y 89 las cuales han sido valoradas como nada o poco importantes por un porcentaje igual o mayor al 24% de la muestra. Más detalladamente, las competencias peor valoradas han sido la competencia número 49 con un 64% de sujetos, las número 69, 74 y 83 con un 44% de sujetos, la competencia número 84 ha obtenido un 40%, la número 47 con un 36%, , la número 57, 85 y 89 con un 32%, las competencias 56, 65, 70, 71, 75, 76, 81, 87 han obtenido un 28% y las competencias 7, 10, 33, 58, 64, 67 han sido puntuadas como poco o nada importantes por un 24% de los sujetos.

Por tanto, seguimos destacando que de las 19 competencias peor valoradas para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias, solo 3 forman parte de nuestra propuesta y se encuentran en el menor porcentaje elegido para este apartado.

Presentamos a modo de resumen los porcentajes de encuestados que han valorado cada competencia como bastante o muy importante para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias para posteriormente ordenar de mayor a menor grado de importancia el listado de competencias valoradas por los 25 maestros hospitalarios encuestados.

**Tabla 49**

*Porcentaje de encuestados que han valorado como bastante o muy importantes las competencias que componen en cuestionario*

<b>% maestros hospitalarios</b>	<b>Competencias/items valorados como bastante – muy importantes</b>
100%	3, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 82, 86, 90, 91 y 92
96%	6, 11, 12, 20, 28, 32, 42, 44, 48, 52, 54, 61, 63, 77, 79, 95
92%	5, 34, 37, 45, 53, 62, 78,
88%	1, 2, 18, 30, 31, 55, 66, 72, 93,
84%	19, 46, 50, 59, 60, 80
80%	8, 51, 73, 88, 94
76%	7, 10, 33, 58, 64, 67

Fuente: elaboración propia.

Tabla 49

Continuación

% maestros hospitalarios	Competencias/ítems valorados como bastante – muy importantes
72%	56, 65, 70, 71, 75, 76, 81, 87
68%	57, 68, 85, 89
64%	47
60%	84
56%	69, 74, 83
36%	49

Podemos observar como las competencias de la 1 a la 44 han sido valoradas por más del 75% de los encuestados como bastante o muy importantes, y ello pone de manifiesto que los estudios revisados así como la interpretación que de ellos hemos realizado para poder extraer unas competencias de los mismos, ha sido la adecuada.

Con respecto al nivel de desarrollo de cada competencia en la universidad, destacamos que a la inversa que en el análisis de la importancia atribuida a cada competencia, los sujetos han valorado con la escala que representa un bajo nivel de desarrollo la mayoría de competencias propuestas. Aunque en análisis posteriores vamos a presentar la desviación entre una puntuación y otra (importancia vs desarrollo), destacamos que las competencias o ítems que menor nivel desarrollo han tenido en la universidad son los ítems 49, 50 y 59 con un 96% de sujetos que opinan que se han desarrollado poco o nada en la universidad, seguidos de los ítems 2, 10, 15, 29, 31, 35, 39, 44, 45, 64, 65, 66, 74, 76, 80 y 84 los cuales han sido puntuados como poco o nada desarrollados durante los estudios universitarios por un 92% de los sujetos. Los datos más esclarecedores los obtendremos con la comparativa presentada más adelante.

Tras presentar el primer análisis, pasamos a analizar cuáles son los ítems más valorados por los maestros hospitalarios en cuanto al grado de importancia atribuido

y al nivel de desarrollo en la universidad. Tal y como podemos apreciar en el cuestionario, una vez valorados todos los ítems, se solicita a los encuestados que seleccionen y ordenen por nivel de importancia las 10 competencias que considere más importantes. Esta elección nos permite perfilar más si cabe las competencias valoradas como fundamentales y que nosotros consideraremos imprescindibles para la formación de los futuros maestros.

En la tabla 50 se muestra la valoración de los ítems realizada por los 25 maestros hospitalarios ordenada por ítems, puntuando desde 0 (menos puntuación) hasta 10 (máxima puntuación). El rango es de 0 a 250.

**Tabla 50**

*Puntuaciones de los ítems de 0 a 10 por grado de importancia ordenada por ítem*

Ítem	Puntuación (0-250)	Ítem	Puntuación (0-250)
ITEM_1	10	ITEM_31	2
ITEM_2	8	ITEM_32	11
ITEM_3	78	ITEM_33	0
ITEM_4	53	ITEM_34	24
ITEM_5	63	ITEM_35	31
ITEM_6	8	ITEM_36	28
ITEM_7	4	ITEM_37	33
ITEM_8	8	ITEM_38	8
ITEM_9	76	ITEM_39	6
ITEM_10	0	ITEM_40	41
ITEM_11	23	ITEM_41	30
ITEM_12	14	ITEM_42	8
ITEM_13	106	ITEM_43	14
ITEM_14	12	ITEM_44	3
ITEM_15	6	ITEM_45	8
ITEM_16	15	ITEM_46	0
ITEM_17	65	ITEM_47	3
ITEM_18	4	ITEM_48	3
ITEM_19	0	ITEM_49	0
ITEM_20	0	ITEM_50	0
ITEM_21	42	ITEM_51	0

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 50**

*Continuación*

Ítem	Puntuación (0-250)		Puntuación (0-250)
ITEM_22	21	ITEM_52	17
ITEM_23	61	ITEM_53	0
ITEM_24	31	ITEM_54	3
ITEM_25	37	ITEM_55	7
ITEM_26	27	ITEM_56	0
ITEM_27	14	ITEM_57	8
ITEM_28	26	ITEM_58	0
ITEM_29	14	ITEM_59	1
ITEM_30	25	ITEM_60	0
ITEM_61	12	ITEM_79	4
ITEM_62	3	ITEM_80	0
ITEM_63	15	ITEM_81	0
ITEM_64	2	ITEM_82	0
ITEM_65	0	ITEM_83	0
ITEM_66	7	ITEM_84	0
ITEM_67	0	ITEM_85	0
ITEM_68	0	ITEM_86	47
ITEM_69	0	ITEM_87	0
ITEM_70	5	ITEM_88	0
ITEM_71	0	ITEM_89	0
ITEM_72	0	ITEM_90	0
ITEM_73	0	ITEM_91	0
ITEM_74	4	ITEM_92	26
ITEM_75	0	ITEM_93	20
ITEM_76	0	ITEM_94	5
ITEM_77	11	ITEM_95	10
ITEM_78	4		

Antes de pasar a analizar los resultados presentados en la tabla 50, presentamos en la tabla 51 la valoración de los ítems realizada por los 25 maestros hospitalarios ordenada por puntuación., puntuando desde 0 (menos puntuación) hasta 10 (máxima puntuación). El rango es de 0 a 250.

**Tabla 51**

*Puntuaciones de los ítems de 0 a 10 por grado de importancia atribuido ordenada por puntuación*

Ítem	Puntuación (0-250)	Ítem	Puntuación (0-250)
ITEM_13	106	ITEM_43	14
ITEM_3	78	ITEM_14	12
ITEM_9	76	ITEM_61	12
ITEM_17	65	ITEM_32	11
ITEM_5	63	ITEM_77	11
ITEM_23	61	ITEM_1	10
ITEM_4	53	ITEM_95	10
ITEM_86	47	ITEM_2	8
ITEM_21	42	ITEM_6	8
ITEM_40	41	ITEM_8	8
ITEM_25	37	ITEM_38	8
ITEM_37	33	ITEM_42	8
ITEM_24	31	ITEM_45	8
ITEM_35	31	ITEM_57	8
ITEM_41	30	ITEM_55	7
ITEM_36	28	ITEM_66	7
ITEM_26	27	ITEM_15	6
ITEM_28	26	ITEM_39	6
ITEM_92	26	ITEM_70	5
ITEM_30	25	ITEM_94	5
ITEM_34	24	ITEM_7	4
ITEM_11	23	ITEM_18	4
ITEM_22	21	ITEM_74	4
ITEM_93	20	ITEM_78	4
ITEM_52	17	ITEM_79	4
ITEM_16	15	ITEM_44	3
ITEM_63	15	ITEM_47	3
ITEM_12	14	ITEM_48	3
ITEM_27	14	ITEM_54	3
ITEM_29	14	ITEM_62	3
ITEM_31	2	ITEM_69	0
ITEM_64	2	ITEM_71	0
ITEM_59	1	ITEM_72	0
ITEM_10	0	ITEM_73	0
ITEM_19	0	ITEM_75	0
ITEM_20	0	ITEM_76	0
ITEM_33	0	ITEM_80	0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 51

Continuación

Ítem	Puntuación (0-250)		Puntuación (0-250)
ITEM_46	0	ITEM_81	0
ITEM_49	0	ITEM_82	0
ITEM_50	0	ITEM_83	0
ITEM_51	0	ITEM_84	0
ITEM_53	0	ITEM_85	0
ITEM_56	0	ITEM_87	0
ITEM_58	0	ITEM_88	0
ITEM_60	0	ITEM_89	0
ITEM_65	0	ITEM_90	0
ITEM_67	0	ITEM_91	0
ITEM_68	0		

Tal y como podemos observar en la tabla 51, las competencias mejor valoradas y por tanto las que nosotros consideraremos imprescindibles para la formación de los futuros maestros se corresponden con los primeros análisis realizados.

Prosiguiendo con la presentación y análisis de resultados, pasamos estudiar el objetivo tres del presente capítulo, el cual propone comparar las puntuaciones de cada ítem (competencia) en referencia al grado de importancia y nivel de desarrollo en la universidad. Esta información nos permite poner de manifiesto si la formación ofrecida a lo largo de los estudios universitarios es percibida por los actuales maestros que están desarrollando su carrera en el contexto hospitalario como apta para el ejercicio profesional en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria.

Para ello hemos elegido el test de McNemar en vez del Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher ya que estos últimos no pueden aplicarse a muestras en las cuales es el mismo sujeto quien responde a las dos valoraciones (nivel de importancia y nivel de desarrollo) sobre el mismo ítem. Aplicamos por tanto el test de McNemar con el objetivo de poder evaluar si hay una diferencia significativa entre el grado de importancia que se le otorga a cada uno de los ítems (competencias) y el

nivel de desarrollo de los mismos que los encuestados consideran que han tenido en su formación universitaria.

En nuestro caso agrupamos las 4 alternativas de respuesta (Ninguna, poca, bastante, mucha) en 2 (Ninguna-poca vs Bastante-Mucha), convirtiendo la variable en bidimensional para aplicar el estadístico, considerando diferencias significativas a todas aquellas comparaciones entre importancia y desarrollo que obtengan un valor McNemar por debajo de 0,05 ( $P < 0,05$ ). Para descartar el efecto del azar y como análisis complementario al test de McNemar en los niveles de acuerdo o desacuerdo en las respuestas, hemos medido el coeficiente Kappa de Cohen con el valor "0" para mostrar un desacuerdo total y 1(-1) un total acuerdo, y el p-valor kappa para descartar que sea cero, aunque no nos centraremos en este análisis por no aportar información relevante al objetivo planteado.

Presentamos por tanto en la tabla 52 la comparación de cada ítem con respecto a las valoraciones tanto para su grado de importancia como para su nivel de desarrollo en la universidad.

Se muestran cada tabla 2x2 de doble entrada con importancia en filas y desarrollo en columnas, aplicando el test de McNemar para evaluar el cambio en la respuesta. También se muestra el coeficiente de concordancia Kappa de Cohen, que mide el grado de acuerdo entre dos observadores, con valor 0 para desacuerdo total y 1 (-1) para total acuerdo. Se muestra también el p-valor para evaluar si Kappa es cero.

**Tabla 52**

*Diferencia entre grado de importancia y nivel de desarrollo en la universidad para cada ítem*

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO		p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
		Ninguno poco	Bastante mucho			
1	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,051	0,420
	Bastante-mucha	18	4			
2	Ninguna-poca	2	1	<0,001*	-0,075	0,085
	Bastante-mucha	21	1			
3	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
4	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	17	8			
5	Ninguna-poca	2	0	<0,001*	0,033	0,520
	Bastante-mucha	19	4			
6	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			
7	Ninguna-poca	5	1	<0,001*	-0,005	0,959
	Bastante-mucha	16	3			
8	Ninguna-poca	4	1	<0,001*	0,000	1,000
	Bastante-mucha	16	4			
9	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	
	Bastante-mucha	21	4			
10	Ninguna-poca	5	1	<0,001*	-0,058	0,396
	Bastante-mucha	18	1			
11	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,021	0,610
	Bastante-mucha	19	5			
12	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			
13	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
14	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
15	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	23	2			

\*  $p < 0,05$

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 52**  
*Continuación*

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO				
		Ninguno poco	Bastante Mucho	p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
16	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	22	3			
17	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
18	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,037	0,495
	Bastante-mucha	19	3			
19	Ninguna-poca	3	1	0,001*	0,015	0,884
	Bastante-mucha	15	6			
20	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			
21	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
22	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
23	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
24	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	22	3			
25	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	18	7			
26	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
27	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
28	Ninguna-poca	0	1	<0,001*	-0,082	0,137
	Bastante-mucha	17	7			
29	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	23	2			
30	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,121	0,205
	Bastante-mucha	14	8			
31	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,023	0,586
	Bastante-mucha	20	2			

\* p < 0,05

**Tabla 52**

Continuación

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO		p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
		Ninguno poco	Bastante mucho			
32	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,016	0,656
	Bastante-mucha	20	4			
33	Ninguna-poca	5	1	<0,001*	-0,005	0,959
	Bastante-mucha	16	3			
34	Ninguna-poca	2	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	17	6			
35	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	23	2			
36	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
37	Ninguna-poca	1	1	<0,001*	-0,058	0,369
	Bastante-mucha	18	5			
38	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	19	6			
39	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	23	2			
40	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
41	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
42	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,016	0,656
	Bastante-mucha	20	4			
43	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	17	8			
44	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,007	0,763
	Bastante-mucha	22	2			
45	Ninguna-poca	2	0	<0,001*	0,015	0,664
	Bastante-mucha	21	2			
46	Ninguna-poca	4	0	<0,001*	0,070	0,341
	Bastante-mucha	17	4			

\* p < 0,05

Tabla 52

Continuación

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO		p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
		Ninguno poco	Bastante Mucho			
47	Ninguna-poca	9	0	0,002*	0,302	0,035*
	Bastante-mucha	10	6			
48	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,016	0,656
	Bastante-mucha	20	4			
49	Ninguna-poca	15	1	0,021*	-0,078	0,444
	Bastante-mucha	9	0			
50	Ninguna-poca	4	0	<0,001*	0,016	0,656
	Bastante-mucha	20	1			
51	Ninguna-poca	5	0	<0,001*	0,066	0,356
	Bastante-mucha	17	3			
52	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			
53	Ninguna-poca	1	1	<0,001*	-0,051	0,470
	Bastante-mucha	17	6			
54	Ninguna-poca	0	1	0,003*	-0,080	0,327
	Bastante-mucha	12	12			
55	Ninguna-poca	3	0	0,001*	0,194	0,102
	Bastante-mucha	11	11			
56	Ninguna-poca	7	0	0,002*	0,309	0,032*
	Bastante-mucha	10	8			
57	Ninguna-poca	6	2	0,065	0,179	0,294
	Bastante-mucha	9	8			
58	Ninguna-poca	5	1	0,003*	0,124	0,356
	Bastante-mucha	12	7			
59	Ninguna-poca	4	0	<0,001*	0,016	0,565
	Bastante-mucha	20	1			
60	Ninguna-poca	4	0	<0,001*	0,051	0,420
	Bastante-mucha	18	3			
61	Ninguna-poca	0	1	<0,001*	-0,082	0,069
	Bastante-mucha	19	5			

\* p &lt; 0,05

**Tabla 52**

Continuación

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO		p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
		Ninguno poco	Bastante mucho			
62	Ninguna-poca	2	0	<0,001*	0,033	0,520
	Bastante-mucha	19	4			
63	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			
64	Ninguna-poca	6	0	<0,001*	0,053	0,407
	Bastante-mucha	17	2			
65	Ninguna-poca	7	0	<0,001*	0,065	0,358
	Bastante-mucha	16	2			
66	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,023	0,586
	Bastante-mucha	20	2			
67	Ninguna-poca	4	2	0,004*	-0,042	0,739
	Bastante-mucha	14	5			
68	Ninguna-poca	7	1	0,001*	-0,005	0,958
	Bastante-mucha	15	2			
69	Ninguna-poca	10	1	0,003*	0,047	0,692
	Bastante-mucha	12	2			
70	Ninguna-poca	6	1	0,001*	0,051	0,565
	Bastante-mucha	14	4			
71	Ninguna-poca	7	0	<0,001*	0,177	0,119
	Bastante-mucha	13	5			
72	Ninguna-poca	3	0	<0,001*	0,101	0,250
	Bastante-mucha	15	7			
73	Ninguna-poca	5	0	<0,001*	0,211	0,086
	Bastante-mucha	12	8			
74	Ninguna-poca	10	1	0,002*	-0,017	0,859
	Bastante-mucha	13	1			
75	Ninguna-poca	7	0	<0,001*	0,219	0,080
	Bastante-mucha	12	6			
76	Ninguna-poca	7	0	<0,001*	0,065	0,358
	Bastante-mucha	16	2			
77	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,011	0,706
	Bastante-mucha	21	3			

\*  $p < 0,05$

**Tabla 52**  
*Continuación*

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO				
		Ninguno poco	Bastante Mucho	p-valor McNemar	Coef. Kappa	p-valor Kappa
78	Ninguna-poca	2	0	<0,001*	0,043	0,461
	Bastante-mucha	18	5			
79	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,026	0,566
	Bastante-mucha	18	6			
80	Ninguna-poca	4	0	<0,001*	0,033	0,520
	Bastante-mucha	19	2			
81	Ninguna-poca	7	0	<0,001*	0,101	0,250
	Bastante-mucha	15	3			
82	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	21	4			
83	Ninguna-poca	11	0	<0,001*	0,063	0,366
	Bastante-mucha	13	1			
84	Ninguna-poca	10	0	<0,001*	0,110	0,229
	Bastante-mucha	13	2			
85	Ninguna-poca	8	0	<0,001*	0,121	0,205
	Bastante-mucha	14	3			
86	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
87	Ninguna-poca	6	1	0,001*	0,051	0,656
	Bastante-mucha	14	4			
88	Ninguna-poca	4	1	0,001*	0,024	0,815
	Bastante-mucha	15	5			
89	Ninguna-poca	8	0	<0,001*	0,165	0,134
	Bastante-mucha	13	4			
90	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
91	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	20	5			
92	Ninguna-poca	0	0	<0,001*	-	-
	Bastante-mucha	19	6			
93	Ninguna-poca	2	1	<0,001*	-0,044	0,538
	Bastante-mucha	18	4			

\* p < 0,05

Tabla 52

Continuación

Nº ITEM	IMPORTANCIA	DESARROLLO		p-valor McNemar	Coef. Kappa	p- valor Kappa
		Ninguno poco	Bastante mucho			
94	Ninguna-poca	1	4	0,077	-0,250	0,109
	Bastante-mucha	12	8			
95	Ninguna-poca	1	0	<0,001*	0,021	0,610
	Bastante-mucha	19	5			

\*  $p < 0,05$ 

Del análisis de los resultados obtenidos, podemos concluir que a excepción del os ítems 57 y 94, existen diferencias significativas entre el nivel de importancia que los encuestados le otorgan a cada competencia y el nivel de desarrollo que han obtenido en su formación.

Más detalladamente destacamos que los ítems o competencias 2, 3, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 50, 52, 59, 63, 66, 77, 82, 86, 90 y 91 han sido valorados por igual o más del 80% de los maestros encuestados como bastante - muy importantes para el ejercicio profesional pero nada o poco desarrolladas durante los estudios universitarios. Dicho de otro modo un número  $\geq 20$  encuestados respondieron que las citadas competencias eran muy o bastante importantes pero nada o poco adquiridas/desarrolladas en la universidad. De estas competencias debemos prestar especial atención a la 15, 29, 35 y 39 por ser valoradas como bastante – muy importantes y poco – nada desarrolladas por más del 90% de los encuestados.

Gracias a estos datos, podemos deducir que la formación universitaria de los maestros que se encuentran trabajando en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria de la Comunidad Valenciana, a pesar de contemplar contenidos relacionados con la pedagogía terapéutica, no contempló competencias específicas y necesarias para el

ejercicio profesional en el contexto hospitalario. Por tanto, la incorporación de la Pedagogía Hospitalaria en los planes de estudios de las titulaciones de Educación, es una asignatura pendiente para las universidades nacionales.

Siguiendo con los objetivos planteados en el capítulo que nos ocupa, vamos a centrarnos en el cuarto, el cual pretenden conocer las diferencias entre el grado de importancia y el nivel de desarrollo de las competencias agrupadas por escalas.

En la siguiente tabla se analizan las 4 escalas que componen el cuestionario CODEPH\_MAGHOS y vamos a presentar el estudio de las puntuaciones de cada escala tanto para el grado de importancia como para el nivel de desarrollo mediante la suma de las puntuaciones de sus ítems. Al haber agrupado en dos categorías cada ítem, los resultados del rango de cada escala quedan de la siguiente manera:

**Tabla 53**

*Análisis de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS para las valoraciones de importancia y desarrollo mediante la suma de puntuaciones de sus ítems*

Escala	Tipo	Nº ítems	Rango posible	Valor min	Valor max	Media	Desv. típica	p-valor <sup>5</sup>
CR1	Importancia	34	34-68	50	68	61,8	5,5	<0,001
	Desarrollo			34	68	39,1	8,5	*
CR2	Importancia	11	11-22	19	22	21,6	0,7	<0,001
	Desarrollo			11	22	12,6	3,2	*
CR3	Importancia	38	38-76	57	76	71,3	5,5	<0,001
	Desarrollo			38	74	46,0	10,9	*
CR4	Importancia	12	12-24	20	24	23,2	1,0	<0,001
	Desarrollo			12	24	14,2	3,7	*

\* p < 0,05

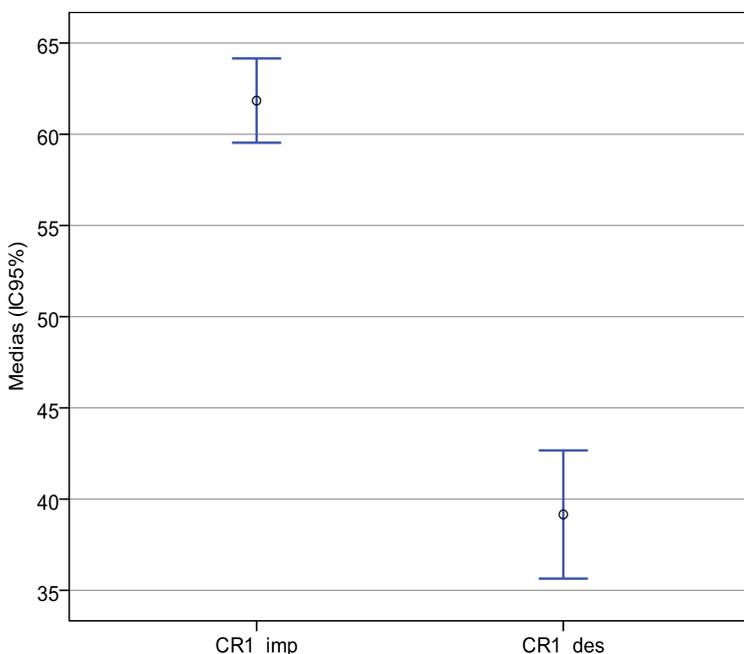
Fuente: elaboración propia.

<sup>5</sup> Test T Student muestras repetidas.

Tal y como señalamos en el capítulo 5, las escalas que conforman el cuestionario nacen de las evidencias empíricas de la presente tesis y nos sirvieron como criterios para discriminar las competencias que conforman nuestra propuesta. Por ello, en los siguientes análisis hemos utilizado las siglas CR para hacer referencia a las escalas, siendo CR1 el equivalente a la escala CODEP-MAGHOS\_CONS, CR2 equivale a CODEP-MAGHOS\_ALT, CR3 equivale a CODEP-MAGHOS\_FUN y CR4 equivale a CODEP-MAGHOS\_CAR.

Tal y como se observa en la tabla 53, las puntuaciones medias de importancia son estadísticamente superiores a las de desarrollo en las 4 escalas.

A continuación presentamos las figuras que representan los valores medios de cada escala tanto en importancia como en desarrollo, con su IC95% y detallaremos los datos ofrecidos en la tabla 53, ya que gráficamente es muy sencillo apreciar las diferencias expuestas.



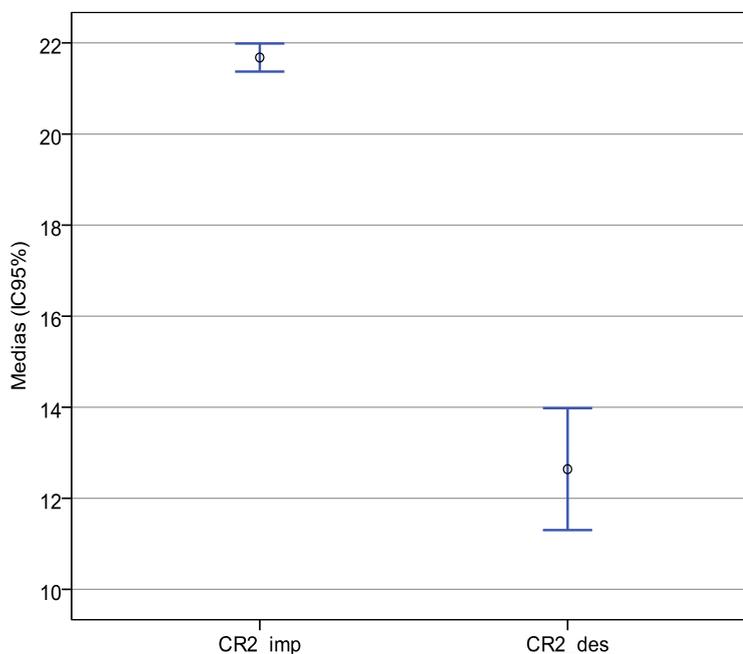
**Figura 18.** Valores medios para la escala CODEP\_MAGHOS\_CONS.

Fuente: elaboración propia.

Con respecto primer gráfico de medias, representado en la figura 18, podemos observar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grado de importancia y el nivel de desarrollo de la primera escala analizada, y que agrupa las competencias relacionadas con las consecuencias que tiene la aparición de la enfermedad y/u hospitalización en el paciente pediátrico. Como nota aclaratoria, las medias están representadas por un punto central en cada segmento y las respectivas desviaciones por el segmento correspondiente.

Los rangos posibles que manejamos para la primera escala eran 34 – 68 y vemos como la puntuación media atribuida al grado de importancia es de 61.8 mientras que la puntuación media atribuida al nivel desarrollo es de 39.1.

Aportamos en la figura 19 el segundo gráfico de medias, donde las diferencia entre la media de importancia y la media de desarrollo también es estadísticamente significativa.



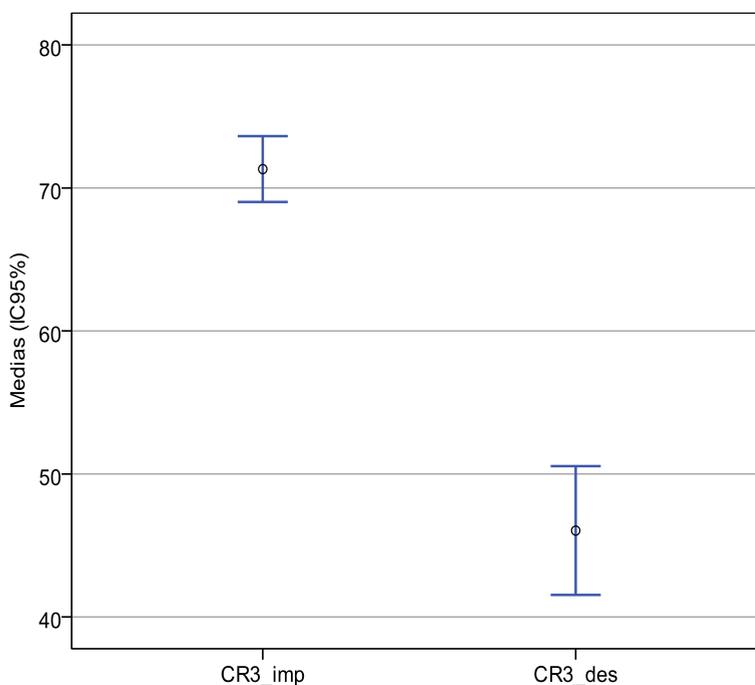
**Figura 19.** Valores medios para la escala CODEP\_MAGHOS\_ALT.

Fuente: elaboración propia.

Tal y como venimos definiendo en este capítulo, el CR2 equivale a la escala de competencias basadas en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario, y podemos observar en su respectivo gráfico de medias que mientras que los maestros encuestados le han atribuido a esta escala puntuaciones que suponen una media de 21.6 en un rango posible de 11 a 22, han atribuido una media de 12.6 en un rango posible de 11 a 22.

Estos datos reflejan que aunque los maestros hospitalarios que están en activo en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria en los hospitales de la Comunidad Valenciana consideran bastante o muy importantes las competencias referidas a las alteraciones que derivan de la aparición de la enfermedad o del ingreso hospitalario, opinan que estas competencias no fueron contempladas en sus planes de formación universitaria.

Siguiendo con el análisis de medias por escalas, aportamos en la figura 20 tercer gráfico de medias, donde la diferencia entre la media de importancia y la media de desarrollo también es estadísticamente significativa. Avanzamos que la tercera escala agrupa las competencias referidas a las funciones de los docentes dentro del contexto hospitalario

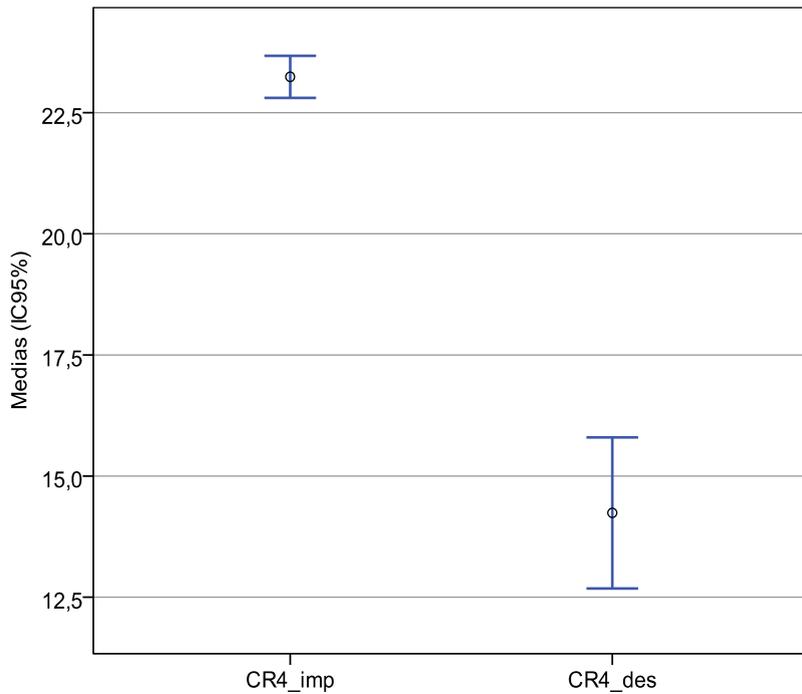


**Figura 20.** Valores medios para la escala CODEP\_MAGHOS\_FUN.

Fuente: elaboración propia.

En la tercera escala que conforma el cuestionario CODEPH-MAGHOS, el rango posible de puntuaciones se sitúa en 38 – 76. Al igual que ha sucedido en las escalas anteriores, los maestros hospitalarios encuestados han valorado como bastante o muy importantes las competencias referidas a las funciones que los docentes deben desarrollar en el contexto hospitalario pero consideran que estas competencias se han adquirido o desarrollado poco o nada durante su formación universitaria.

Siguiendo con el análisis de resultados, presentamos en la figura 21 las medias de importancia y desarrollo de la cuarta escala, referida a las características deseables atribuibles al maestro hospitalario.



**Figura 21.** Valores medios para la escala CODEP\_MAGHOS\_CAR  
Fuente: elaboración propia.

Podemos observar en la figura 21 que las diferencias de medias también son muy significativas. El rango que manejamos en esta escala es 12 – 24 y mientras que la media de puntuaciones sobre la importancia que los maestros atribuyen a las características deseables de los docentes que trabajan en el contexto hospitalario se sitúa en 23.2 puntos, la media de nivel de adquisición/desarrollo en la universidad se sitúa en 14.2 puntos.

A modo de resumen, destacamos que la comparación por escalas de las diferencias de medias entre la importancia que los maestros hospitalarios atribuyen a las competencias evaluadas, con el nivel de adquisición/desarrollo de las mismas durante los estudios universitarios, nos permite seguir poniendo de manifiesto que las actuales titulaciones de Educación que no contemplan la formación en Pedagogía

Hospitalaria, no proporcionan las competencias necesarias para el trabajo profesional de los maestros en el contexto hospitalario.

Una vez analizadas las diferencias de medias por escalas, consideramos interesante conocer qué escalas eran las más valoradas por los maestros hospitalarios, con la intención de ajustar nuestra propuesta formativa a las demandas de quienes mejor conocen el trabajo de los docentes en el contexto hospitalario.

Por ello, llegados a este punto, pasamos al estudio del quinto objetivo, el cual pretende comparar las escalas entre sí. Para hacerlo debemos homogeneizar los rangos de todas ellas y la forma que hemos elegido es pasarlas a una escala de 0 a 10.

Para ello, a cada escala le restamos su mínimo posible y la dividimos entre su nuevo máximo dividido por 10. Por ejemplo, la escala CR1 le restamos 34 (su mínimo original). De esta forma ahora su rango posible será 0-34. Ahora dividimos a cada valor por  $34/10=3,4$ , así lo pasamos a escala 0-10.

**Tabla 54**

*Homogeneización de los rangos de las puntuaciones por escalas de 0 a 10*

Escala	Tipo	Numero ítems	Rango posible	Valor min	Valor max	Media	Desv. típica
CR1	Importancia	34	0-10	4,7	10,0	8,1	1,6
	Desarrollo			0,0	10,0	1,5	2,5
CR2	Importancia	11	0-10	7,3	10,0	9,7	0,6
	Desarrollo			0,0	10,0	1,4	2,9
CR3	Importancia	38	0-10	5,0	10,0	8,7	1,4
	Desarrollo			0,0	9,5	2,1	2,8
CR4	Importancia	12	0-10	6,7	10,0	9,3	0,8
	Desarrollo			0,0	10,0	1,8	3,1

Fuente: elaboración propia.

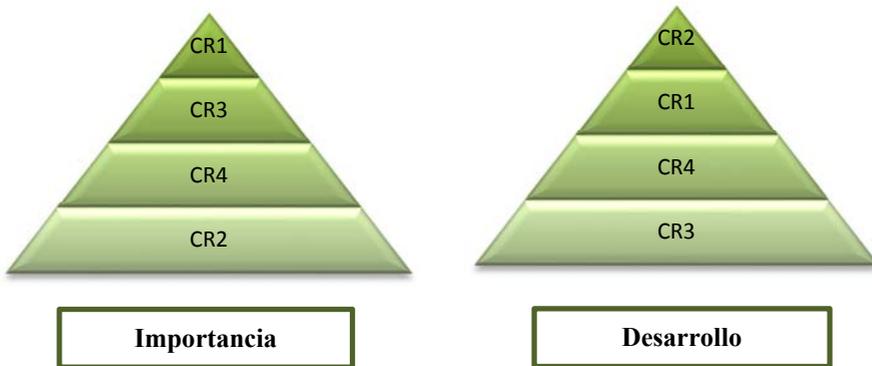
Tras este breve cálculo, ya podemos proceder a la comparación entre las puntuaciones atribuidas a las 4 escalas, tanto para las valoraciones referidas al grado de importancia como al nivel de desarrollo.

Analizamos por tanto, en primer lugar las puntuaciones medias de las escalas referidas al grado de importancia, destacando que la escala a la que se ha atribuido mayor puntuación es a la escala CR2, equivalente a la agrupación de competencias relacionadas con las alteraciones tanto emocionales, como comportamentales y cognitivas derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.

La segunda escala mejor valorada es la escala CR4, referida a las características deseables del maestro hospitalario. La tercera escala por orden de importancia es la CR3, la cual engloba las competencias referidas a las funciones que deben desarrollar los docentes en el contexto hospitalario y la escala a la que menor grado de importancia se la ha atribuido es la escala CR1, la cual reúne las competencias referidas a las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario. Destacamos que en un rango de 0 a 10, las puntuaciones medias atribuidas a la importancia que tienen las competencias propuestas oscilan del 8.1 al 9.7.

Con respecto a las puntuaciones que nos desvelan el nivel de adquisición/desarrollo de las competencias durante los estudios universitarios, vemos que aunque el rango es 0 – 10, las puntuaciones medias se sitúan del 1.4 al 2.1.

A modo de resumen, si ordenáramos las escalas por grado de importancia y desarrollo obtendríamos la siguiente figura:



**Figura 22.** Valores por orden de puntuación media.

Fuente: elaboración propia.

Con la intención de conocer si existen diferencias significativas entre las 4 escalas de importancia entre sí y las 4 escalas de desarrollo entre sí, presentamos en la tabla 55 el test de Friedman para muestras repetidas.

**Tabla 55**

*Comparación entre las puntuaciones de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS*

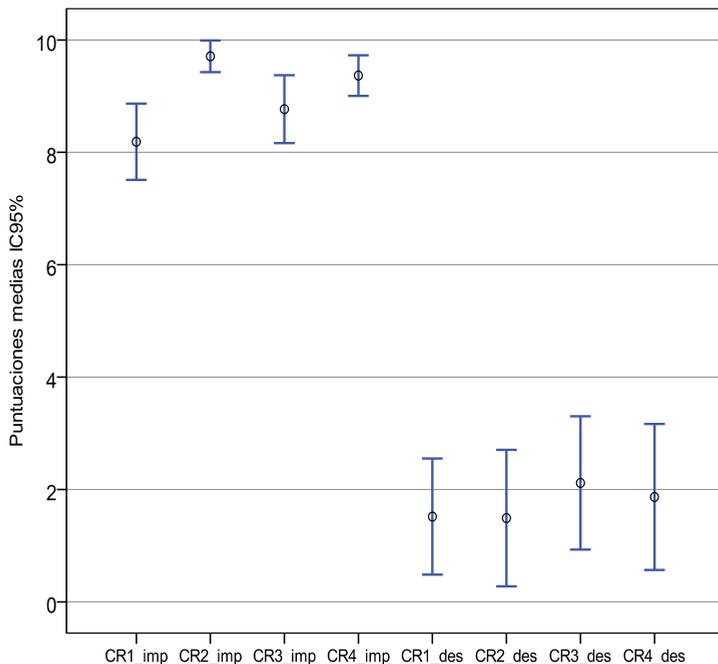
Escala	n	Media	Desv. típica	Mín	Máx	p-valor <sup>6</sup>
CR1_imp	25	8,1	1,7	4,7	10,0	<0,001*
CR2_imp	25	9,7	0,6	7,3	10,0	
CR3_imp	25	8,7	1,4	5,0	10,0	
CR4_imp	25	9,3	0,8	6,7	10,0	
CR1_des	25	1,5	2,5	0,0	10,0	0,064
CR2_des	25	1,4	2,9	0,0	10,0	
CR3_des	25	2,1	2,8	0,0	9,5	
CR4_des	25	1,8	3,1	0,0	10,0	

\*  $p < 0,05$

Fuente: elaboración propia.

<sup>6</sup> Test de Friedman para muestras repetidas.

Destacamos en este punto que los resultados estadísticos nos revelan la existencia de diferencias significativas entre las 4 escalas de importancia, pero no entre las 4 escalas de desarrollo. En la figura 23 podemos apreciar claramente lo expuesto.



**Figura 23.** Comparación entre las puntuaciones de las 4 escalas que conforman el cuestionario CODEPH-MAGHOS tanto para grado de importancia como para nivel de desarrollo.  
Fuente: elaboración propia.

Como nota aclaratoria, cabe señalar que una forma aproximada de ver si hay diferencias entre las medias es observar el gráfico de medias con su intervalo de confianza al 95% (IC95%). El punto central de cada segmento es el valor medio. Si trazamos una línea horizontal que pase por un valor medio, por ejemplo el CR1\_imp, vemos que aproximadamente no corta ninguno de los otros segmentos (parece que se acerca mucho al CR3\_imp), por tanto si sacáramos 100 muestras, el valor medio de CR1\_imp no caerá dentro del IC de los demás valores medios en el 95% de las veces, y podemos concluir que sus valores medios son estadísticamente diferentes.

Para finalizar con el análisis de resultados, ofrecemos un estudio detallado que nos ayuda a cumplir con el sexto objetivo del estudio II, centrado en conocer si existe correlación entre la experiencia docente y la experiencia en las UPH con las puntuaciones de cada escala en importancia y desarrollo. Se ha calculado el coeficiente de correlación no paramétrica de Spearman y el p-valor asociado. Un coeficiente de 0 indica ausencia total de correlación, y un valor de 1 (-1) indica correlación perfecta.

**Tabla 56**

*Correlación entre la experiencia docente y la experiencia en las UPH con las puntuaciones de cada escala en grado de importancia*

		EXP. DOCENTE	EXP. UPH
CR1_imp_estand	Coef. Spearman	-0,066	-0,083
	p-valor	0,754	0,694
CR2_imp_estand	Coef. Spearman	0,176	0,204
	p-valor	0,401	0,328
CR3_imp_estand	Coef. Spearman	-0,056	-0,042
	p-valor	0,790	0,843
CR4_imp_estand	Coef. Spearman	-0,128	-0,016
	p-valor	0,544	0,939

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 57**

*Correlación entre la experiencia docente y la experiencia en las UPH con las puntuaciones de cada escala en nivel de desarrollo*

		EXP. DOCENTE	EXP. UPH
CR1_des_estand	Coef. Spearman	-0,080	0,316
	p-valor	0,705	0,124
CR2_des_estand	Coef. Spearman	-0,311	0,098
	p-valor	0,130	0,643
CR3_des_estand	Coef. Spearman	-0,188	0,240
	p-valor	0,369	0,248
CR4_des_estand	Coef. Spearman	0,017	0,264
	p-valor	0,935	0,202

Fuente: elaboración propia.

Podemos observar en las tablas 56 y 57 no hay correlación significativa entre las puntuaciones de las escalas y la experiencia docente o en las UPH, ni en importancia ni en desarrollo. Es decir, la experiencia docente y los años de trabajo en las UPH, no tienen influencia estadísticamente significativa a la hora de valorar en grado de importancia de las competencias propuestas así como el nivel de desarrollo/adquisición de las mismas en su formación universitaria.

Este dato es muy importante ya que significa que la experiencia docente, tanto fuera como dentro de las aulas hospitalarias no ha influido en las respuestas dadas al cuestionario CODEPH-MAGHOS y por tanto, los años de experiencia se descartan como sesgo en nuestra investigación.

Presentamos en el apartado siguiente nuestra propuesta de competencias ordenada por el grado de importancia otorgado por los maestros hospitalarios de La Comunidad Valenciana.

### 6.4.3 Resultados de la investigación

**Tabla 58**

*Propuesta de competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros ordenada por grado de importancia según la opinión de los maestros hospitalarios de la Comunidad Valenciana*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>3</b>	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital.
<b>4</b>	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.
<b>9</b>	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones.
<b>13</b>	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.
<b>14</b>	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado.
<b>15</b>	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario.
<b>16</b>	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil.
<b>17</b>	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización.
<b>21</b>	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.
<b>22</b>	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.
<b>23</b>	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria.
<b>24</b>	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica.
<b>25</b>	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario.
<b>26</b>	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.
<b>27</b>	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia.
<b>29</b>	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo.
<b>35</b>	Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado.
<b>36</b>	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria.
<b>38</b>	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares.

**Tabla 58**

*Continuación*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>39</b>	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento.
<b>40</b>	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario.
<b>41</b>	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible.
<b>43</b>	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa.
<b>80</b>	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
<b>86</b>	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.
<b>90</b>	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
<b>91</b>	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos.
<b>92</b>	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias.
<b>32</b>	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
<b>42</b>	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario.
<b>44</b>	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué.
<b>48</b>	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria.
<b>52</b>	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados.
<b>54</b>	Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral.
<b>61</b>	Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización.

Tabla 58

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>63</b>	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana.
<b>77</b>	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario.
<b>79</b>	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnología adaptadas a las necesidades especiales y/o específicas del estudiante.
<b>95</b>	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.
<b>5</b>	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad.
<b>34</b>	Ejecutar proyectos educativos en el hospital.
<b>37</b>	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos.
<b>62</b>	Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida.
<b>78</b>	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos.
<b>45</b>	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia.
<b>53</b>	Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas.
<b>1</b>	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia.
<b>18</b>	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario.
<b>2</b>	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren.
<b>30</b>	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario.
<b>31</b>	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud.
<b>55</b>	Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales.

**Tabla 58**

*Continuación*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>66</b>	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico.
<b>72</b>	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las personas con enfermedad y sus familias.
<b>93</b>	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.
<b>19</b>	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
<b>46</b>	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.
<b>50</b>	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente.
<b>59</b>	Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>60</b>	Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos.
<b>80</b>	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
<b>8</b>	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario
<b>51</b>	Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información.
<b>73</b>	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores).
<b>88</b>	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables
<b>94</b>	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil
<b>7</b>	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización.
<b>10</b>	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño.
<b>33</b>	Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario.

Tabla 58

Continuación

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>58</b>	Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa.
<b>64</b>	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia.
<b>67</b>	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores.
<b>56</b>	Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión.
<b>65</b>	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>70</b>	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto.
<b>71</b>	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas.
<b>75</b>	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.
<b>76</b>	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>81</b>	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.
<b>87</b>	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento
<b>57</b>	Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos.
<b>68</b>	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria.
<b>85</b>	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
<b>89</b>	Estudiar los principales problemas de salud infantil.
<b>47</b>	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención.
<b>84</b>	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
<b>69</b>	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria.

**Tabla 58***Continuación*

<b>Competencias Específicas en Pedagogía hospitalaria para la formación Universitaria de los futuros maestros</b>	
<b>74</b>	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>83</b>	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH
<b>49</b>	Comparar los principios de actuación en diversos países

Insistimos en el hecho de que nuestro objetivo principal ha sido aportar un marco general de competencias específicas para la formación de los futuros maestros, y todas las presentadas en esta tesis doctoral están fundamentadas, bien en los estudios científicos revisados para la elaboración de la misma, bien por las universidades que contemplan esta formación en sus planes de estudio de grado o posgrado y por ello en nuestra tesis no vamos a descartar ninguna de ellas. Consideramos que aportar una propuesta que refleja ordenadamente el grado de importancia que los maestros hospitalarios atribuye a cada competencia ya supone ofrecer una información clara sobre el camino que pueden seguir a partir de ahora, quienes decidan apostar por la formación en Pedagogía Hospitalaria de los futuros docentes. En las conclusiones de la tesis detallamos las implicaciones que los resultados aportados en los estudios I y II tienen en nuestro campo de estudio.





---

## ***BLOQUE III: CONCLUSIONES***



## CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo vamos a exponer las conclusiones finales de nuestra investigación, sin obviar algunas de las dificultades y limitaciones encontradas, con especial hincapié en las líneas de investigación futuras que quedan abiertas en función de las conclusiones y respuestas obtenidas.

Comenzamos destacando, a modo de resumen, las aportaciones que consideramos más relevantes a partir de la investigación realizada. Para ello, retomamos los objetivos que concretaban nuestra tesis doctoral.

Con respecto al objetivo principal de nuestra investigación, destacar que para conseguir poner de manifiesto cuáles son las competencias específicas en Pedagogía Hospitalaria con las que deberían contar los futuros maestros, no bastaba con diseñar un listado de las mismas, sino que era necesario que fueran sometidas a valoración de expertos. Por ello, se diseñaron los dos estudios complementarios de diferente corte (cualitativo y cuantitativo), ambos necesarios para llegar a alcanzar el objetivo principal de nuestra investigación. Podemos afirmar que el estudio I (cualitativo), nos ha permitido elaborar un listado de competencias específicas y el estudio II (cuantitativo), ha permitido someterlas a valoración y de este modo evidenciar las competencias en Pedagogía Hospitalaria que es necesario añadir a la formación de los futuros docentes.

Atendiendo a los objetivos específicos planteados al inicio del proceso de investigación, destacamos que con respecto al primer objetivo de la Tesis, centrado en realizar una aproximación a la hospitalización infantil que nos aporte información relevante sobre la situación actual de la morbilidad hospitalaria en España, la regulación de la atención educativa de los menores enfermos en nuestro país y la defensa de los derechos de los niños, hemos conocido el número de ingresos hospitalarios y las estancias medias de los mismos en nuestro país durante el año

2014, ofreciendo tanto datos globales como fraccionados por grupo de edad, comunidad autónoma y provincia (en el caso de la Comunidad Valenciana). Consideramos que conocer estos datos nos permite ofrecer una visión general y real de la morbilidad hospitalaria en España y poner de manifiesto, sobre unos datos objetivos, la necesidad de seguir velando por una atención integral de cuantos menores son hospitalizados en nuestro país. Así mismo, el estudio de la documentación existente en materia de defensa de los derechos de los niños hospitalizados y de los estudios que diferentes autores han realizado entorno a este tema, ha posibilitado comprender la situación actual de la Pedagogía Hospitalaria tanto a nivel nacional como internacional.

En el apartado referido a los derechos de los niños, se ha comprobado que ha habido una concreción cada vez mayor en la defensa de los citados derechos durante los últimos 90 años, de tal modo que declaración tras declaración, se han ido concretando los derechos de los niños, abarcando las primeras unos derechos básicos, como sucedió con la Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños de 1924, hasta llegar a declaraciones específicas que defienden el derecho a la educación de los niños enfermos y/u hospitalizados, como pueden ser la Carta Europea sobre el derecho y la atención educativa de los niños y adolescentes enfermos, publicada en el año 2000, o la Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la educación publicada en año 2013 y que dio lugar a la Ley Marco sobre el derecho a la educación de los citados menores de 2015.

En nuestra opinión, aunque son muchos los avances que las investigaciones en materia de Pedagogía Hospitalaria han aportado a la disciplina, consideramos que existe un desconocimiento social de esta realidad y mientras que no se consiga visualizar la atención educativa de los niños enfermos y/u hospitalizados, la defensa del derecho a la educación de estos menores seguirá siendo un tema que tenga poco alcance. Y es que son muy pocos los docentes que conocen, por ejemplo, la

existencia de aulas hospitalarias. Aunque nadie duda de que todos los niños tienen derecho a recibir atención educativa, independientemente de las circunstancias que los envuelvan, muy pocos profesionales conocen la forma en la que esta atención se materializa.

Por ello, la defensa de los derechos de los niños enfermos no puede seguir estando en manos únicamente de los profesionales que hayamos decidido investigar en este tema o de los compañeros han decidido desarrollar su carrera profesional en el contexto hospitalario o domiciliario. De seguir siendo así, esta disciplina continuará teniendo un interés de estudio minoritario.

Por este motivo, y desde la firme convicción de que la atención educativa a niños enfermos no es tarea exclusiva de cuantos profesionales trabajan en las aulas hospitalarias o en atención domiciliaria, sino que cualquier maestro puede encontrarse, a lo largo de su carrera profesional, con un alumno que enferme, la Pedagogía Hospitalaria debe de entrar a formar parte de la formación universitaria de cuantos profesionales de la educación puedan acabar ejerciendo su profesión tanto dentro como fuera del contexto hospitalario. De este modo, la defensa de los derechos de estos niños podría pasar a ser un tema de interés para los futuros profesionales de la educación, ampliándose las posibilidades de que las investigaciones en este campo proliferen y se vaya consiguiendo una disciplina con un corpus científico cada vez más sólido y proclive a mejorar la atención educativa de los niños enfermos y/u hospitalizados.

Prestando atención a las palabras de Doval y Estévez (2001), consideramos que si la Pedagogía Hospitalaria pasara a ser una materia ofertada en los planes de estudio de las titulaciones de Educación, todos los futuros maestros, pedagogos, psicopedagogos, etc. no solo conocerán esta realidad, sino que estarían formados para garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños enfermos y por tanto,

el desconocimiento que sobre esta realidad existe en nuestros días, podría pasar a ser una cuestión del pasado en los años venideros.

Queremos poner de manifiesto sobre estas consideraciones, que algunos maestros hospitalarios de la Comunidad Valenciana proponen la difusión de información sobre su labor educativa a varios niveles. En primer lugar consideran que es necesario que el personal sanitario, los equipos médicos, etc. conozcan las funciones que los maestros deben de asumir en el contexto hospitalario, cuál es su papel, su marco normativo y su espacio. Ello facilitaría, en primer lugar, el trabajo interdisciplinar tan necesario en el contexto hospitalario.

El desconocimiento por parte del personal sanitario y de los equipos médicos sobre la existencia y la labor de los maestros en el hospital, no favorece el intercambio de informaciones relacionadas con los menores hospitalizados. Así mismo, el desconocimiento de las funciones de los maestros en los hospitales lleva en muchos casos a que éstos sean vistos como meros animadores por el resto de personal. Es muy común encontrarnos con un desconocimiento total por parte del personal sanitario sobre la mera existencia de aulas hospitalarias en sus propios hospitales. Esto se ve mermado en las plantas de pediatría donde los auxiliares, enfermeros y médicos sí conocen la existencia de las Unidades de Pedagogía Hospitalaria, pero se dan casos en los que sigue habiendo un desconocimiento de las acciones educativas que en ellas se desarrollan.

En segundo lugar, los centros de referencia de los alumnos enfermos también deberían conocer la existencia de la atención educativa hospitalaria y domiciliaria, con el objetivo de poder facilitar esta información a los padres y al propio alumno, favoreciendo que a la llegada del niño al hospital, ya se conozca este servicio. También en este caso, y quizás más por razones obvias, la coordinación entre los profesionales que deben hacerse cargo del niño, en uno u otro escenario, es fundamental y básico para la puesta en valor de la calidad educativa. Este hecho

supondría desde el primer momento que el alumno y sus familiares no percibieran la enfermedad o la hospitalización como una ruptura total con el entorno del niño, sino que la continuidad del rol de alumno seguiría estando cubierta gracias a cuantos profesionales de la educación trabajan en el contexto domiciliario y hospitalario. En este sentido, el hecho de que los centros de referencia tuvieran información acerca de la acción educativa en las aulas hospitalarias favorecería la coordinación entre ambos centros, facilitando la continuidad de los estudios de los menores así como la coherencia ante las evaluaciones de los mismos.

Como ya hemos dicho con anterioridad, la incorporación de la Pedagogía Hospitalaria en los planes de estudio de las titulaciones de educación, favorecería la visualización de esta realidad; para subsanar, no obstante, la situación actual, nosotros proponemos la difusión de una campaña informativa destinada tanto a los hospitales como a todos los centros educativos, la cual haremos llegar a la Consellería de Educación tras la defensa de la presente Tesis Doctoral.

Siguiendo con el primer objetivo de nuestro trabajo, consideramos que el análisis de la legislación tanto nacional como autonómica en materia de atención educativa niños y niñas hospitalizados y/o convalecientes, nos ha permitido, por un lado, conocer la evolución de las políticas educativas entorno a este tema, y por otro, poner en cuestión si la regulación de la atención educativa de los niños enfermos y/u hospitalizados sigue las recomendaciones de los documentos que defienden los derechos de estos menores.

Desde nuestra experiencia y con los datos aportados, concluimos que aunque son muchos los avances logrados, sigue habiendo un vacío en la legislación vigente que regule la formación específica de los maestros en materia de Pedagogía Hospitalaria, muy llamativamente también de los maestros hospitalarios y domiciliarios, impidiendo de este modo el cumplimiento de uno de los derechos recogidos en las declaraciones de los derechos de los menores enfermos y/ u

hospitalizados, y es el derecho a recibir atención educativa por profesionales específicamente formados para ello.

Para exponer nuestra opinión al respecto, nos centraremos tanto en los profesionales de la educación que desarrollan su trabajo dentro del contexto hospitalario o domiciliario, como en los docentes que ejercen en los centros de referencia. Como el lector ha tenido oportunidad de comprobar en la lectura de la totalidad del trabajo, hemos entendido la necesidad de contrastar las opiniones de los docentes que, de una u otra manera, están involucrados con el niño hospitalizado, verdadero centro de interés de la Pedagogía Hospitalaria y el trabajo profesional que conlleva.

En cuanto a los maestros que ejercen en las aulas hospitalarias y los docentes de atención domiciliaria, podemos afirmar que no cuentan con ninguna formación específica en Pedagogía Hospitalaria previa al acceso a estos contextos laborales. El desconocimiento que se tiene de esta realidad, de las metodologías a utilizar en este contexto, sumado a la soledad en la que muchos docentes deben desarrollar su trabajo en las aulas hospitalarias, hace que el derecho a recibir una atención educativa por parte de maestros específicamente formados para ello, es a efectos prácticos, un derecho incumplido.

Bien es cierto, que los maestros hospitalarios y domiciliarios, son en su gran mayoría especialistas en pedagogía terapéutica y que su formación, es dentro de las diferentes especialidades, la que más se puede aproximar a la Pedagogía Hospitalaria, pero aquí surgen algunas limitaciones que consideramos necesario poner de manifiesto. La primera limitación es que a partir de la implantación del Plan Bolonia, las especialidades dentro de las titulaciones de Educación desaparecieron, ofertándose únicamente la distinción entre los grados de Educación Infantil o Educación Primaria. Por lo tanto, esta formación en pedagogía terapéutica ha

desaparecido, relegándose en el mejor de los casos, a la posibilidad de estudiar una oposición centrada en la Educación Especial.

La segunda limitación hace referencia a la particularidad que la atención educativa en el hospital o el domicilio, suele desarrollarse por órganos unipersonales. En el caso de las aulas hospitalarias, es muy habitual que haya un único docente al cargo de la misma, y lo mismo sucede con los maestros que acuden a los domicilios de los alumnos enfermos. Esta “soledad” unida a la carencia de una formación específica, hace en algunos casos que la adaptación de estos profesionales a este contexto laboral sea más lenta, llegando a suponer en ocasiones, la renuncia a estos puestos de trabajo.

Otra conclusión a la que hemos llegado de forma clara es la limitación de la legislación que regula la atención educativa de los menores enfermos, la cual hace referencia a las acciones formativas que las Administraciones Educativas desarrollan en el contexto hospitalario. Nuestra investigación nos ha permitido conocer la formación que los maestros hospitalarios afirman haber recibido en materia de Pedagogía Hospitalaria y los datos son esclarecedores. El 60% de los maestros que están ejerciendo durante el curso 2015 - 2016 en las Unidades de Pedagogía Hospitalaria de los hospitales de la Comunidad Valenciana afirman que no han recibido ningún curso de formación específico. Para perfilar este dato, cabe decir que la media de años de experiencia en aulas hospitalarias de los docentes que han afirmado que no han recibido ningún curso de formación específico es de 3 años. Por otro lado, el 78% de maestros hospitalarios afirman haber asistido a jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Estas jornadas son consideradas por algunos maestros como acciones formativas, pero por otros muchos son consideradas encuentros de profesionales donde se pone en común lo que cada maestro desarrolla en su aula.

Llegados a este punto, consideramos necesario verter en las conclusiones los datos obtenidos a través del estudio II de nuestra tesis doctoral. En primer lugar

destacamos que los maestros hospitalarios que han participado en nuestra investigación coinciden en la importancia de recibir una formación específica en Pedagogía Hospitalaria, la cual no ha sido adquirida durante los estudios universitarios. Por ello, el argumento de ser docentes especialistas en Pedagogía Terapéutica les puede proporcionar una base de conocimientos, pero esta debería ser implementada con una formación específica en Pedagogía Hospitalaria. Con la intención de aportar datos específicos, resaltamos que el 80% de los maestros encuestados consideran que las competencias propuestas en nuestra investigación son bastante o muy importantes para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias, pero nada o poco adquiridas o desarrolladas durante sus estudios universitarios.

Proponemos, por tanto, el diseño y aplicación de una formación específica para los profesionales de la educación que están en activo en las UPH de la Comunidad Valenciana, basada en la propuesta de competencias desarrollada, teniendo en cuenta las demandas de los maestros hospitalarios, las características del alumnado que cada hospital alberga, la formación previa de cada docente y las inquietudes formativas que cada maestro manifieste. No podemos exigir una atención educativa personalizada y específica para los alumnos si no ofrecemos esas mismas especificaciones a quienes se encargan de la atención educativa de los niños enfermos.

Con respecto a los maestros de los centros de referencia, al no existir en las titulaciones de Educación ninguna asignatura relacionada con la Pedagogía Hospitalaria, a excepción de la Universidad de Navarra quien la oferta tanto en el grado de Educación Infantil como de Educación Primaria, la posibilidad de que los docentes puedan ofrecer una respuesta educativa a los alumnos enfermos y/u hospitalizados basada en una formación específica, se reduce considerablemente.

Avanzando en las conclusiones del trabajo y centrándonos en el segundo objetivo, consideramos que ha sido clave para nuestra investigación estudiar las

consecuencias que conlleva el ingreso de un menor en un hospital, así como las alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales derivadas de la enfermedad y del ingreso hospitalario de niños en edad escolar, sin obviar las repercusiones que tiene para el entorno familiar la aparición de una enfermedad pediátrica. Consideramos fundamental que la relación con la familia es parte inherente del trabajo de los maestros, más si cabe cuando se da una circunstancia sobrevenida como puede ser la enfermedad, que preocupa a cuantos seres rodean a un niño. Por ello, conocer cómo esta circunstancia afecta a los familiares, qué reacciones se suelen producir, pero sobre todo, cómo los maestros pueden ayudar y apoyar en esos delicados momentos, es un aspecto fundamental del trabajo docente, que requiere igualmente de una formación específica para poder desarrollarlo con las mejores garantías.

La preparación psicológica y mental para hacer frente a situaciones tan complejas como estas, al objeto de saber gestionarlas es, asimismo, importante, al igual que las propias competencias profesionalizadoras más específicas. La relación ámbito educativo - escenario familiar es, en estos casos, todavía más decisiva que en situaciones de normalidad; la preparación competencial para ello, es en consecuencia, un aspecto básico y fundamental.

El tercer objetivo que plantea nuestra investigación es estudiar cómo la Pedagogía hospitalaria puede minimizar/paliar las consecuencias negativas derivadas de la hospitalización infantil. Ello nos ha permitido fundamentar nuestra investigación, poniendo de manifiesto los beneficios que la atención educativa produce tanto en los niños como en los familiares de los niños enfermos y/u hospitalizados. Tal y como hemos estudiado a lo largo de este trabajo, la Pedagogía Hospitalaria posibilita la normalización de la vida del niño dentro de las instituciones hospitalarias, favoreciendo con ello una mejor adaptación al nuevo medio y una reducción de las consecuencias negativas que suele ir aparejadas a la hospitalización.

Debemos destacar que, la atención educativa en el hospital, permite la continuidad de los estudios de aquellos niños que han visto interrumpida su escolarización, mantiene el hábito intelectual, previene el síndrome de hospitalismo y devuelve al niño actividades que le son propias, por el hecho de ser niño, tales como estudiar, jugar, reírse, cantar, pintar y un largo etcétera. Todo ello supone una mejora en la calidad de vida tanto de los niños enfermos como de sus familiares, debido a la multiplicidad de funciones que cumplen los profesionales de la educación que trabajan en las aulas hospitalarias, tales como ayudar al desarrollo afectivo, educativo y formativo de sus alumnos o acompañar y orientar a los familiares de los pequeños.

Con la intención de que la propuesta de competencias fuera una aportación sólida y bien fundamentada fijamos el cuarto objetivo de nuestra Tesis, el cual nos ha permitido estudiar la metodología utilizada para la elaboración de los actuales planes de estudio de las universidades en Europa. Desde nuestra perspectiva, entendemos que la Universidad es la responsable de velar por el diseño de un perfil de egresado que contemple los requerimientos, las necesidades y las demandas de las áreas en las que se desarrollará cada profesional. Por tanto, inspirándonos del Proyecto Tuning Structures in Europe, decidimos que los resultados de nuestra investigación estuvieran dirigidos a la formación universitaria de los futuros docentes. Así mismo, basamos nuestra propuesta de competencias en las necesidades, demandas y requerimientos que la Pedagogía Hospitalaria contempla desde dos vertientes: la fundamentación teórica y nuestra investigación empírica.

Llegados al punto de conocer desde la teoría la situación actual de la Pedagogía Hospitalaria así como los estudios más relevantes centrados en el área, decidimos que era conveniente para implementar nuestra formación, conocer la práctica educativa en las aulas hospitalarias mediante la realización de una estancia de investigación en una de las universidades más prestigiosas a nivel nacional, y la cual cuenta con dos referentes en el campo de la Pedagogía Hospitalaria: la

Universidad de Navarra. A partir de la misma y atendiendo al quinto objetivo del trabajo, podríamos destacar decenas de vivencias, pero reflejaremos en este apartado las conclusiones que no nos han proporcionado los estudios revisados. En primer lugar, la estancia de investigación nos permitió comprender el término “paciente”, pues la enfermedad no es compasiva, no da descanso, no respeta ni proporciona consuelo a quien la sufre ni a quienes permanecen alrededor de la persona enferma.

Quizás por todo ello, conviene subrayar una vez más la importancia de que los profesionales que trabajan en el contexto hospitalario estén al servicio tanto de los pacientes como de sus familiares. Los pedagogos o maestros hospitalarios deben ofrecer su apoyo, trabajo, compañía y buen hacer a sus alumnos, teniendo siempre presente que es el niño enfermo y sus familiares quienes deben tener la última palabra al respecto del deseo de recibir atención educativa.

Es muy cuestionable que los docentes que llegan por primera vez a un aula hospitalaria, lo hagan sin una formación específica previa, pues la realidad con la que se van a encontrar es totalmente diferente a la de un centro ordinario o específico. Las circunstancias que envuelven al niño enfermo en el hospital distan mucho de las circunstancias que rodean a un niño sano, y por tanto la acción educativa que sobre los niños enfermos se puede aplicar también requiere de unas metodologías específicas, basadas en cuestiones clave que la Pedagogía Hospitalaria puede aportar.

Siguiendo con los objetivos propuestos en nuestra Tesis Doctoral y con la intención de cumplir con el sexto objetivo del trabajo, basado en ofrecer un marco común en materia de competencias específicas para docentes en Pedagogía Hospitalaria, que permita a las universidades de ámbito nacional implementar la formación de los futuros maestros en este ámbito, consideramos fundamental no quedarnos solo con las aportaciones que diversos autores han hecho sobre la

incidencia de la Pedagogía Hospitalaria en los planes de formación nacionales, sino que hemos aportado un análisis pormenorizado de todos los planes de estudio de la totalidad de universidades que imparten los grados de Educación, Pedagogía y Educación Social. Este estudio nos ha permitido conocer si éstos ofertan asignaturas o posgrados relacionados con la Pedagogía Hospitalaria o la Educación para la Salud y de este modo profundizar en el análisis de las competencias específicas que proponen para la materia. De este modo, hemos logrado actualizar los datos existentes y ofrecer, como decimos, un análisis exhaustivo sobre la presencia de la Pedagogía Hospitalaria en la formación universitaria del ámbito nacional, debido a que los datos aportados por los estudios revisados para este trabajo eran muy generales y difusos. Queremos dejar patente que no ha sido sencillo recabar toda la información aportada a través del análisis documental, puesto que en el momento de realizar las consultas, no todas las universidades disponían en sus páginas web de las guías docentes necesarias para nuestro estudio. Ello supuso contactar una por una con dichas universidades e ir recabando la información de forma gradual.

Consideramos importante destacar que los datos aportados en el anexo V, han sido extraídos del cuerpo de la Tesis para evitar la ruptura del hilo argumental de la misma, pero en ningún caso son datos que hayan sido encontrados en la forma en la que han sido recogidos en este trabajo, ya que para ello, hemos tenido que revisar 126 guías docentes de asignaturas relacionadas con la Educación para la Salud y extraer de cada una de ellas las competencias específicas propuestas, para posteriormente realizar una criba de aquellas que podían formar parte de nuestra propuesta de competencias atendiendo a 4 criterios.

Así mismo, estimamos que la elaboración de un listado de competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria destinado a la formación universitaria de los futuros maestros basado en la literatura científica, en la extracción de evidencias empíricas y en el análisis de contenido de todos los planes

de estudio presentados nos permite realizar una aportación importante al campo de la Pedagogía Hospitalaria.

Aunque la preocupación por la formación de los profesionales de la educación que desarrollan su trabajo en el contexto hospitalario no es un tema de nuevo abordaje, ya que existen estudios previos, la concreción y la base sobre la que se sustenta nuestra propuesta, es totalmente novedosa. Estamos convencidos de la inexistencia de estudios científicos tan completos como el que nosotros aportamos en esta Tesis Doctoral y opinamos que la metodología utilizada para la elaboración de nuestra propuesta de competencias específicas recoge cuantos aspectos son necesarios para su diseño.

Es muy importante señalar, y quizás ello explica la contundencia de la afirmación anterior, que someter nuestra propuesta a valoración ha sido una decisión muy meditada, pero la confianza depositada en nuestro trabajo, así como la consideración de no poder obviar la opinión de quienes trabajan día a día en las aulas hospitalarias, nos ha motivado a hacerlo y nos ha permitido mejorar, perfilar y aportar una propuesta concreta. Sin duda, esta legitimización pone en valor la calidad y valía de la propuesta aportada.

Para finalizar, queremos dejar constancia de que la propuesta de competencias marco que hemos diseñado engloba las 95 competencias sometidas a valoración, por estar todas ellas basadas en los estudios científicos revisados o en las propuestas de formación de las universidades que contemplan la Pedagogía Hospitalaria como asignatura o posgrado. Así mismo nuestra propuesta contempla también las competencias extraídas de las asignaturas de Educación para la Salud aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria. Tal y como señalábamos en el análisis de resultados, podemos destacar que las competencias diseñadas a partir de los estudios revisados para la elaboración de la presente Tesis y por tanto de las evidencias empíricas, han sido las más valoradas por los maestros hospitalarios.

Ello denota que la elección e interpretación de los estudios revisados para su elaboración ha sido la adecuada.

Por otro lado, deseamos poner de manifiesto que los maestros hospitalarios consideran que no han recibido formación en competencias específicas en materia de Pedagogía Hospitalaria durante los estudios universitarios. Ello avala que el objetivo de nuestra investigación es realista y debería ser tenido en consideración por cuantos responsables de la elaboración de los planes de estudio de las titulaciones de Educación sea oportuno.

Llegados a este punto, queremos destacar la importancia que ha tenido para nosotros conocer personalmente a todos y cada uno de los maestros hospitalarios que están desarrollando su carrera profesional en los hospitales de la Comunidad Valenciana, ya que la calidad de este trabajo se habría visto mermada de no ser por su colaboración, dedicación y tiempo prestado. Por ello y para ellos, tal y como demanda este colectivo, enfocar nuestra Tesis hacia la necesidad de una formación específica desde la universidad puede acabar paliando, de poder llevar a cabo nuestra propuesta, la tan injusta falta de visibilidad que tiene su trabajo tanto fuera como dentro del contexto hospitalario así como la falta de formación específica de cuantos profesionales trabajarán en la atención educativa de niños enfermos. Por tanto, si cada futuro alumno que cursa un grado en Educación conociera, estudiara e investigara en Pedagogía Hospitalaria, la calidad de la atención educativa aumentará tanto en los hospitales como en los centros de referencia y se hará visible una disciplina tan digna como la que desarrollan día a día los maestros de hospital.

En definitiva, con la investigación se han logrado los objetivos propuestos en la Tesis, si bien también quisiéramos terminar con una breve alusión al futuro inmediato y los caminos a seguir. Como hemos anotado, la investigación siempre ofrece respuestas, pero también nuevas preguntas, con lo que debemos, si quiera vislumbrar, los retos futuros de nuestra investigación.

Así pues, antes de concluir nuestro trabajo, queremos dejar patente que la investigación puede abrir las puertas hacia la consecución de una formación universitaria que contemple la Pedagogía Hospitalaria como una materia necesaria para la formación de cuantos profesionales vayan a desarrollar su carrera profesional en el contexto hospitalario. Son muchas las voces que se han levantado en los últimos años reivindicando la necesidad de una regulación de equipos multidisciplinares que atiendan de manera conjunta a los menores que sufren una enfermedad. Destacamos que nuestra metodología es, por tanto, ampliable al perfil de otros profesionales que consideramos, deben de estar presentes en la atención educativa de los menores enfermos y aunque en esta tesis nos hayamos ceñido al perfil de los maestros, tenemos intención de seguir investigando, con la firme convicción de que la Pedagogía Hospitalaria debe de estar presente en todas las titulaciones cuya salida profesional se base en la atención de los menores enfermos y/u hospitalizados. La Universidad es, sin duda alguna, el lugar desde donde podemos reivindicar esta necesidad de formación e interdisciplinariedad y por todo ello, seguiremos investigando para aportar a la Pedagogía Hospitalaria cuantos estudios la ayuden a seguir creciendo.

Permítasenos concluir nuestro trabajo con la pretensión de que la implementación de la formación de los futuros docentes en Pedagogía Hospitalaria, constituya un paso para la mejora de la calidad de vida de los menores hospitalizados.



---

## ***BIBLIOGRAFÍA***



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alguacil, M. & Boqué, M.C. (2015). Competencia comunicativa y gestión de conflictos. En M. Alguacil (Coord.). *Perfil competencial del profesional que interviene durante la enfermedad y la convalecencia* (pp. 149-182). Málaga: Aljibe.
- Alguacil, M. & Violant, V. (2015). Competencia resiliente. En M. Alguacil (Coord.). *Perfil competencial del profesional que interviene durante la enfermedad y la convalecencia* (pp. 63-94). Málaga: Aljibe.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M., (2009). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- ANECA, (2014). *Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje*. Madrid: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.
- Angulo, P. (2009). *El juego infantil en las aulas hospitalarias. Propuestas de acciones lúdicas*. Granada: Copyplanet.
- Bajo, M. T., Maldonado, A., Moreno, S., Moya, M., & Tudela, P. (2011). Las competencias en el nuevo paradigma educativo para Europa. Vicerrectorado de Planificación, Calidad y Evaluación. Universidad de Granada.
- Barragán, R. & Buzón, O. (2005). Desarrollo de competencias específicas en la materia tecnología educativa bajo el marco del espacio europeo de educación superior. *Revista latinoamericana de tecnología educativa*, 3(1), pp. 101-114.
- Bermúdez, M<sup>a</sup>. T. & Torio, S. (2012). La percepción de las familias ante la animación hospitalaria: estudio realizado en el hospital Materno-Infantil de Oviedo. *SIPS-Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 20, pp. 223-242.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida - 1. El Apego*. Barcelona: Paidós. ISBN: 9788449306006.
- Caballero, S. A. M. (2007). El aula hospitalaria. Un camino a la educación inclusiva. *Investigación educativa*, 11(19), ISSN: 17285852; pp. 153-161.
- Campo, J., Molinillo, P. & Escallón, A. (1997). Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. *Revista de pediatría*, 32, pp. 523- 535.

- Cano, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 12(3), pp. 1-16.
- Cárdenas, R. & López Noguero, F. (2006). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 12(13), pp. 59-70.
- Carrasco, L. (2008). *Estudio del valor terapéutico de la literatura infantil en niños hospitalizados*. Tesis doctoral. Facultad de educación. Universidad de Murcia. Departamento de Didáctica de la Literatura y la Lengua. Murcia, España.
- Castañeda, L. (2006a). Educando en el Hospital: demandas, tareas y competencias para un equipo pedagógico multidisciplinar. *XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial. Edición electrónica. Universidad de Murcia*, 6(1), ISBN: 84-932433-6-1; pp. 1-11.
- Castañeda, L. (2006b). Pedagogía Hospitalaria: antiguas necesidades y nuevas posibilidades. Hacia una educación sin exclusión. *XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial. Edición electrónica. Universidad de Murcia*, 6(1), ISBN: 84-932433-6-1; pp. 1-7.
- Castro, J. (2005). La infancia en debate: entre derechos y necesidades. *Revista Universitas*, 5, pp. 69-96.
- Circular del 12/11/1996 de la Dirección Nacional de Centros Educativos, que establece los criterios generales para la organización de las actuaciones dirigidas a la atención de los alumnos hospitalizados y convalécientes.
- Colomer - Revuelta, C., Colomer - Revuelta, J., Mercer, R., Peiró - Pérez, R. & Rajmil, L. (2004). La salud en la infancia. *Gac Saint*, 18(1), pp. 39-46.
- Comellas, M. J. (2002). *Las competencias del profesorado para la acción tutorial*. Barcelona: Praxis.
- Convención Internacional de los Derechos de los niños. (1989). Tratado del Derecho a la protección de los niños.
- Decreto 1174/1983 de 27 de abril sobre Educación Compensatoria. BOE, 11 de Mayo de 1983, núm. 112, pp.13109-13110.

- Del Barrio, C. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad. Un estudio evolutivo*. Barcelona: Anthropos en coedición con Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. ISBN: 84-7658-237-4.
- Del Pozo, A. & Polaino-Lorente, A. (1999). El impacto del niño con cáncer en el funcionamiento familiar. *Acta Pediátrica Española*, vol. 57(4), pp. 185-192.
- Doval, M<sup>a</sup> I. & y Estévez, N. (2001). Formación para la Consecución de competencias en Pedagogía Hospitalaria. La propuesta de la Universidad de Vigo desde el Prácticum y las prácticas de Educación y Hospital. En Miguel A. Zabalza, et al. Desarrollo de competencias personales y profesionales en el prácticum. *Simposium Internacional Sobre el Practicum*. Pontevedra. ISBN 84-932470-2-2.
- Fernández Hawrylak, M. (2000). La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario. *Tabanque*, 15, pp. 139-149.
- Fernández Hawrylak (2001). La intervención con padres de niños hospitalizados. En C. Grau & C. Ortiz. *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (pp. 99-127). Málaga: Aljibe. ISBN: 84-95212-96-X.
- Fernández Castillo, A. & López Naranjo, I. (2006a). Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad y estrés*, 12 (1). pp. 1-17. ISSN: 1134-7937.
- Fernández Castillo, A. & López Naranjo, I. (2006b). Transmisión de emociones, miedo y estrés por hospitalización. *Internacional Journal Clinical Health Psychology*, .6(3), ISSN 1697-2600; pp. 631-645.
- Fernández Castillo, A. & López Naranjo, I. (2009). Alteraciones emocionales y hospitalización infantil: contagio emocional entre padres e hijos. *Revista de psicología general y Aplicada*. Vol. 62, nº4, pp. 256 – 264. En López Naranjo (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis Psicoevolutivo*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- García Álvarez, A. (2010). El derecho a la educación en las escuelas y aulas hospitalarias: hacia una mejora de la calidad educativa. *Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, 3, ISSN: 1852-2971; pp. 248-267.

- García, L. & López, R. (2011). Convivir en la escuela. Una propuesta para el aprendizaje por competencias. *Revista de Educación*, 356, pp. 531-555. DOI: 10-4438/1988-592X-RE-2010-356-050.
- García-Puga, J.A., Quintana, M.O., Yesenia, M. J. & Montoya, M.C. (2009). Estrés en Padres e Hijos Hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. *Bol clin Hosp Infant Edo Son*, 26(2), pp. 67-72.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Brujas.
- González, F.E., Macías, E. & García, F. (2002). La Pedagogía Hospitalaria: reconsideraciones desde la actividad educativa. *Revista complutense de educación*, 12(1), ISSN: 1130-2496; pp. 303- 365.
- González-Gil, F. & Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. *Educación y diversidad. Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, (1), ISSN 1888-4857; pp. 237-256.
- González-Simancas, J.L. & Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea. ISBN: 84-277-0921-8.
- González, J. & Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe I*. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto. ISBN: 84-7485-892-5.
- González, J. & Wagenaar, R. (2006). *Tuning Educational Structures in Europe II. La contribución de las Universidades al Proceso de Bolonia*. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto. ISBN: 978-84-9830-644-6.
- Grau, C. & Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe. ISBN: 84-95212-96-X.
- Guillén, M. & Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar al niño enfermo*. Madrid: Narcea. ISBN: 84-277-1395-9
- Gunnarsson, L., et al. (2003). Grupo del área temática de Ciencias de la Educación: Competencias Específicas. En J. González y R.Wagenaar. (Eds.), *Tuning*

- Educational Structures in Europe*. Informe final. Fase Uno (pp. 141-153). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gutiérrez, M.A., Ortigosa, J.M., Vallejo, R., Ruiz, R., Sánchez, J., Guirao, M.J., Zambudio, G., Astillero, M.J., Castaño, I., y Cárceles M.D. (2008). Evaluación del efecto de la actuación de los payasos de hospital sobre la ansiedad en los niños sometidos a una intervención quirúrgica. *Cirugía Pediátrica*, 21, pp. 195-198.
- Hernández González, E. (2009). La ansiedad infantil frente a la hospitalización y la cirugía. *Famiped. Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)*. 2(2).
- Hernández González, E. (sf). Ansiedad infantil frente a la hospitalización y la cirugía. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com/articulos/2011/ansiedad-infantil-ante-hospitalizacion.html>. 30 de Octubre de 2015.
- Hernández Jiménez, J.P (1997). Organización y funcionamiento de las aulas hospitalarias. Intervención educativa en el medio hospitalario. *VII Jornadas de pedagogía hospitalaria*. Ministerio de Educación y cultura, España.
- Hernández Pérez, E. & Rabadán, J.A. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. *Perspectiva Educacional*, 52(1), ISSN: 0718-9729; pp. 167-181.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana. ISBN 978-607-15-0291-9.
- Hospital Organization of Pedagogues in Europe. (2000). Carta Europea sobre el derecho a la atención educativa de los Niños y Adolescentes enfermos.
- Hutmacher, W. (2003). Definición de las competencias básicas. La situación en Europa. *Congreso de competencias básicas*. Barcelona.
- Instrucción de 22 de septiembre de 2015, de la Dirección general de política educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016.

- Latorre, M.J. & Blanco, F.J. (2010). Función profesional del pedagogo en centros hospitalarios como ámbitos educativos excepcionales. *Educación XXI*, 13(2), ISSN: 1139-613X; pp.95-116.
- León, S. (2011). Aulas Hospitalarias. No sólo para enseñar. Recuperado de: <http://www.educared.org/global/aulashospitalarias> (Consultado el 1 de Noviembre de 2015).
- Ley 13/1982 de 7 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos. BOE, 30 de abril de 1982, núm. 103, pp. 11106-11112.
- Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE, 4 de octubre de 1990, núm. 238, pp. 28927-28942.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. BOE, de 24 de diciembre de 2002, núm.307, pp. 45188-45220.
- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo de Educación. BOE, 4 de mayo de 2006, núm. 106, pp. 17158-17207.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE, de 10 de diciembre de 2013, núm. 295, pp. 97858 -97921.
- Lieutenant, C. (2006). La evolución de las aulas hospitalarias. Un camino por recorrer. En S. Riquelme (Presidencia). *Aulas Hospitalarias. Reflexiones sobre la VIII Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Fundación Carolina Labra Riquelme, Chile. ISBN: 978-956-8302-75-7.
- Lizasoáin, O. & Ochoa, B. (1997). *Pedagogía Hospitalaria. La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la acción pedagógica*. Pamplona: Newbook Ediciones. ISBN: 84-89648-35-2
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando el niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona: Ediciones Eunete. ISBN: 84-7768-115-5.
- Lizasoáin, O. & Lieutenant, C. (2002). La Pedagogía Hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal. Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica. *ESE*, 002, pp. 157-165.

- Lizasoáin, O. (2003a). La pedagogía Hospitalaria en una sociedad en cambio. En B. Ochoa y O. Lizasoáin (Eds.), *Intervención Psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 19 – 38). Pamplona: Eunsa.
- Lizasoáin, O. (2003b). Los retos de la atención educativa: del alumnado hospitalizado o convaleciente en el S. XXI. *Memoria de las IX Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Guadalajara: Federación Española de niños con cáncer. pp.11-15.
- Lizasoáin, O. & Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, pp. 75-85.
- Lizasoáin, O. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre educación*, 9, ISSN: 1578-7001; pp. 189-201.
- Lizasoáin, O. (2007). Hacia un modo conjunto de entender la Pedagogía Hospitalaria. *Primera Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela. La educación prioridad de vida*, pp. 1-15.
- Lizasoáin O. (2014). Pedagogía Hospitalaria. Un contexto fuera de contexto. En J. González (Coord.) *Memorias I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia*, pp. 5-9.
- López, I. & Fernández, A. (2004). Aspectos psicosociales y evolutivos de la hospitalización infantil. *Revista de psicología social aplicada*. 14(3), pp. 5-28. En I. López (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo*, pp. 41-67. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Granada.
- López, I. & Fernández, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de educación*, 341, pp. 553-571.
- López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis Psicoevolutivo*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.
- López de Dicastillo, O. (2003). La atención asistencial en la enfermedad crónica infantil. En B. Ochoa y O. Lizasoáin (Eds.), *Intervención Psicopedagógica en el*

- desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 83-112). Pamplona: Eunsa.
- Martinez, R. (2006). Atención a la diversidad y biblioterapia o terapia a través de la lectura: la literatura infantil como instrumento de salud en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación Inclusiva. *Políbea*, 81, pp. 31-38.
- Massot, I., Dorio, I. & Sabariego, M. (2012). Estrategias de recogida y análisis de la información. En R. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la investigación educativa* (p. 349). Madrid: La Muralla. ISBN: 978-84-7133-748-1.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. & García – Banda, G. (2009). El efecto de los “payasos de hospital” en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21(4), ISSN: 0214-9915; pp. 604-609.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S. & Espada, J.P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), pp. 139-154.
- Molina, M<sup>a</sup> C. & Violant, V. (2009). La formación de los profesionales implicados en la Pedagogía Hospitalaria. Universidad de Barcelona.
- Mora, C. (2015). *La pedagogía hospitalaria infantil. Comparativa en España*. Trabajo fin de grado. Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche.
- Müller-Solguer, H. (2003). Tuning Educational Structures in Europe. Fase 2. *Conferencia de lanzamiento de la segunda fase del Proyecto Tuning*. Bruselas.
- Muñoz, V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Naciones Unidas, Asamblea General. (1948). Declaración de Derechos Humanos.
- National Association for the Welfare of Children in hospital (1986). Carta Europea de los niños hospitalizados.
- Noreña, A.L. & Cibanal, L. (2008). El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados*, 23, pp.70-79.

- Orden de 4 de julio de 2001, de la Consellería de Cultura y Educación por la que se regula la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa. DOGV, 17 de junio de 2001, núm. 4.044, pp. 19282-16293.
- Orden de 21 de Noviembre de 2006 de la Consellería de Cultura, Educación y Deporte, por la que determinan los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria del alumnado que requiera compensación educativa en educación primaria y secundaria obligatoria. DOGV, 26 de diciembre de 2006, núm. 5.414, pp. 4..674-4679.
- Ochoa, B., Reparaz, C. & Polaino-Lorente, A. (1997). Validación de la Escala CILC, de locus de control, en una muestra española de padres de niños hospitalizados. *Psicothema*, 9(1), ISSN: 0214-9915; pp. 89-103.
- Ochoa, B. (2003). La Unidad Psicopedagógica en el contexto hospitalario: una propuesta de intervención. En B. Ochoa y O. Lizasoáin (Eds.), *Intervención Psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 199-216). Pamplona: Eunsa.
- Ochoa, B. & Lizasoáin, O. (2003). *Intervención Psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado*. Pamplona: Eunsa. ISBN: 84-313-2051-6.
- Ortigosa, J.M., Méndez, X. & Quiles, M.J. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado Filmado. *Psicología Conductual*, 4(2), pp. 211-230.
- Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. & Méndez, X., (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños y adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*. 3(2), pp. 1-15.
- Ortiz, C. (2001). Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria. En C. Grau & Ortiz, C. *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (pp. 19-55). Málaga: Aljibe. ISBN: 84-95212-96-X
- Parlamento Europeo (1986). *Carta europea de los niños hospitalizados*. Recuperado de:  
[www.pediatriasocial.com/Documentos/cartaeuropea.pdf](http://www.pediatriasocial.com/Documentos/cartaeuropea.pdf),  
(Consultado el 14 de septiembre de 2014).

- Pedroche, S., Quiles, M.J., Méndez, F.X., & Ortigosa, J.M. (1998). Influencia del tipo de hospitalización en la ansiedad infantil ante la intervención quirúrgica. *IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta* celebrado en Sevilla de 18 al 21 de Noviembre de 1998. Recuperado de: [www.um.es/gahinfa/resumenes/r1/r1/htm](http://www.um.es/gahinfa/resumenes/r1/r1/htm) (consultado el 15 de octubre de 2014) .
- Peirats, J. & Granados, J. (2015). Las Unidades Pedagógicas Hospitalarias y el aprendizaje por Proyectos de Trabajo. *Aula de encuentro*, 1(17), pp. 187-211.
- Pérez Gómez, A. (2007). La naturaleza de las competencias básicas y sus aplicaciones pedagógicas, *Cuadernos de Educación de Cantabria*, nº 1. Santander: Consejería de Educación.
- Pita, S. & Pértegas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cuadernos de atención primaria*, 9, pp. 76-78.
- Plá, N. (2006). Un acompañamiento a medida. En S. Riquelme (Presidencia). *Aulas Hospitalarias. Reflexiones sobre la VIII Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Fundación Carolina Labra Riquelme, Chile. ISBN: 978-956-8302-75-7.
- 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* (pp. 27-79). Madrid: Narcea. ISBN: 84-277-0921-8.
- Polaino, A. & Lizasoáin, O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: Historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 4(1), pp. 49-67.
- Polaino, A. (1996). La discontinuidad. Un estudio desde diversos enfoques. En O. Lizasoáin y B. Ochoa. (Eds.), *Pedagogía Hospitalaria. La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la Pedagogía Hospitalaria*. Actas del Seminario Europeo de Pedagogía Hospitalaria (pp. 35-48). Pamplona: Newbook Ediciones. ISBN: 84-89648-35-2.
- Polaino, A. (2003). Desestructuración familiar en el niño enfermo crónico hospitalizado. En B. Ochoa y O. Lizasoáin (Eds.), *Intervención Psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 83 – 112). Pamplona: Eunsa.

- Posadas, R. (2005). Formación Superior basada en competencias. Interdisciplinariedad y trabajo autónomo del alumno. *Revista Iberoamericana de Educación*, pp. 1-33. ISSN: 1681-5653.
- Prendes, M.P. (2011). Proyecto ATER: Alternativas Telemáticas en Aulas Hospitalarias, una experiencia educativa. *XI Congreso –nacional de Pedagogía Hospitalaria*. Cartagena, Murcia.
- Quiles, M. J., Otigosa, J.M., Méndez, F.X. & Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. *Psicothema*, 11(3), ISSN 0214 – 9915; pp. 601-609.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Madrid, España.
- Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. BOE, 16 de marzo de 1985, núm. 65, pp. 6.917-6.920.
- Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. BOE, 2 de junio de 1995, núm. 131, pp. 16179-16185.
- Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación. BOE, 12 de marzo de 1996, núm. 62, pp. 9902-9909.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, 30 de octubre de 2007, núm. 260, pp. 44.03-44.048.
- Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. BOE, 3 de agosto de 2011, núm. 185, pp. 87912-87918.
- Real Decreto 22/2015, de 23 de enero, por el que se establecen los requisitos de expedición del Suplemento Europeo a los títulos. BOE, 7 de febrero de 2015, núm. 33, pp. 10325-0336.
- Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados. (2009). Declaración de los derechos del niño, la niña

o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la educación.

Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados. (2015). Ley marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe.

Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948 la Declaración de los Derechos Humanos.

Rodríguez, C., Pozo, T. & Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *Relieve*, 12(2), ISSN: 1134-4032; pp. 289-305.

Rodríguez, L. (2007). *Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil*. Consultado el 21 de octubre de 2015. Disponible en <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>

Roselló, R.M., De la Iglesia, B., Paz-Lourido, B. & Verger, S. (2015). Necesidades de formación psicopedagógica para la atención de niños con enfermedad crónica: percepciones de enfermería hospitalaria. *Revista da escola de enfermagem Da USP*, 49, (1), pp. 37-43 DOI: 10.1590/S0080-623420150000100005.

Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw-Hill.

Save the childre. (1924). Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños.

Schalock, R. L. y Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Serradas, M. & Ortiz, M<sup>a</sup>. C. (2001). Análisis de la realidad educativa en el hospital. *Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio*, pp. 635-639.

Serradas, M., Ortiz, M<sup>a</sup>. C. & De Manueles, J. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza*, 20, ISSN: 0212-5374; pp. 243-285.

- Serradas, M. (2008). Los derechos de los niños hospitalizados: Un compromiso ineludible. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 71(2), ISSN 0004-0649; pp. 59-66.
- Serradas, M. (2011). Aprendo en el hospital. Recurso instruccional multimedia para niños hospitalizados. *Educere*, 15(52), pp. 683-690.
- Serrano, J.L. & Prendes, M.P. (2011). Mejora educativa en las aulas hospitalarias. Proyecto ALTER. *Congreso Internacional EDUTEC 2011*. Pachuca, México.
- Scher, A. & Mayseless, O. (2000). Mothers of Anxious/Ambivalent Infants: Maternal characteristics and Child-Care Context. *Child Development*, 1(71), pp. 1629-1639.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: a follow up report on a investigation described in 1945. *Psychoanalytic Study of Child*, 2, pp. 113-117.
- Sierrasésúмага, L. (1996). La discontinuidad del paciente oncológico. Información a los padres y/o pacientes oncológicos. En O. Lizasoán y B. Ochoa (Eds.), *La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la Pedagogía Hospitalaria*. Actas del Seminario Europeo de Pedagogía Hospitalaria (pp. 49-66). Pamplona: Newbook Ediciones. ISBN: 84-89648-35-2.
- Torralba, F. (2000). Educar desde la vulnerabilidad. Actitudes éticas y excelencia profesional. *IV Congrés europeu de Mestres i Pedagogs a l'Hospital*. Barcelona. p.13.
- Urmeneta, M. (2011). Aulas Hospitalarias: una educación singular. *Aula de Innovación Educativa*, 212, pp. 10-14.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15, ISSN: 0214-9915; pp. 414-419.
- Verdugo, M.A. (2009). El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de Educación*, 349. pp. 23-43.
- Violant, V., Molina, M<sup>a</sup>.C. & Pastor, C. (2011). *Pedagogía Hospitalaria. Bases para la atención integral*. Barcelona: Laertes. ISBN: 978-84-7584-823-5.

- Violant, V., Cardone, P., Monsalve, C. & Márquez, L. (2012). Multidimensionalidad de la pedagogía hospitalaria desde la transdisciplinariedad: análisis de necesidades en los itinerarios formativos. *Innovación y creatividad: Adversidad y Escuelas Creativas*. Barcelona: GIAD-UB. pp. 1-9.
- Violant, V. & Alguacil, M. (2015). *Perfil competencial del profesional que interviene durante la enfermedad y convalecencia*. Málaga: Aljibe.
- Violant, V. (2015). Competencias del perfil profesional implicado en la atención educativa en situación de enfermedad y hospitalización. En Jenny González (Coord.) *Memorias I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia*, pp. 37-42.
- Zabala, A. y Arnau, L. (2008). *Cómo aprender y enseñar competencias*. México: Colofón-Graó.

## BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Alves, M., Ortiz, M.C. & Serradas, M. (2004). El Método Eduterapéutico como estrategia de apoyo al niño hospitalizado. *Revista de Educación*, 335, pp. 229-245.
- Barrios, S. & Paravic, T. (2009). Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de La Araucanía – Chile. *Ciencia y enfermería* 15(3), ISSN: 0717-2079; pp. 29-43.
- Bueno, L. M<sup>a</sup>., et al. (2007). *Psico-oncología pediátrica: valoración e intervención*. Barcelona: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.
- Burgos, M. & Paravic, T. (2003). Percepción de la violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y enfermería*, 11(2), ISSN: 0717- 2079; pp. 29-42.
- Chaves, M. (2012). La Pedagogía Hospitalaria como alternativa formativa. *Educación*. Vol. XXI, 40, ISSN: 1019-9403; pp. 59-74.
- García González, F. (2005). Atención Educativa en el hospital. “Las aulas hospitalarias. *Jornadas regionales de Aulas hospitalarias. Jerez de la Frontera*.
- Guarochico, P. (2010). Análisis de las metodologías aplicadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje en las aulas hospitalarias en niños de 4 – 6 años de la Fundación Juan José Martínez en el Hospital de Solca. Tesis previa a la obtención del título de licenciada en ciencias de la educación. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Hermo, C. (2009). Experiencias docentes en ámbitos hospitalarios. *Una Investig@ción*, 1(2), pp. 62-75.
- Hernández Pérez, E. & Rabadán, J.A. (2014). “Érase una vez... un cuento curativo”. Atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. *Educatio Siglo XXI*, 32(1), pp. 129-150.
- Higueras, A., Carretero-Dios, H., Muñoz, J., Idini, E., Ortiz, A., Rincón, F., Prieto-Merino, D., y Rodríguez del Águila, M. (2006). Effects of humor-centered activity on disruptive behavior in patients in general hospital psychiatric

- Ward. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), ISSN: 1697-26001; pp. 53-64.
- Kennedy, D. (2007). *Writing and Using Learning Outcomes. A practical guide*. Ireland: University College Cork. ISBN: 978-0-9552229-6-2.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Kruskaia, L.A. (2007). Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes. *Revista de Pedagogía*, 28(83), ISSN: 0798 – 9792; pp. 407 - 441.
- Lizasoáin, O. (2006). El proceso de duelo en la enfermedad infantil. Reflexiones y pautas educativas. En S. Riquelme (Presidencia). *Aulas Hospitalarias. Reflexiones sobre la VIII Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Fundación Carolina Labra Riquelme, Chile. ISBN: 978-956-8302-75-7
- Lizasoáin, O. (2016). *Pedagogía Hospitalaria. Guía para la atención psicoeducativa del alumno enfermo*. Madrid: Síntesis.
- López, A. & Lorenzo, M. (2008). La investigación educativa en el aula hospitalaria: estudio de un caso de intervención escolar, de glioma óptico infantil mediante videoconferencia. *Pixel – Bit. Revista de Medios y Educación*, 33, pp. 29-42.
- López-Ibor, B. (2009) Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6, (2-3), pp. 281-284.
- Moreno, T. (2010). Competencias en Educación. Una mirada crítica. *RMIE*, 15(44), pp. 289-297.
- Ochoa, B., Sobrino, A. & Lizasoáin, O. (1999). Recursos materiales de la Pedagogía Hospitalaria en Europa. *Aula abierta*, 74, ISSN: 0210 -277; pp. 209 – 222.
- Ochoa, B. (2015). Bases Conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria. En C. González González y V. Violant Holz (Compiladores). *Uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria* (pp. 9-26). Madrid: Ediciones Universitarias Mc Graw-Hill.
- Ochoa, B. (2015). Marco de actuaciones de la Pedagogía Hospitalaria: hospital, domicilio y escuela ordinaria. En C. González González y V. Violant Holz

- (Compiladores). *Uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria* (pp. 45-54). Madrid: Ediciones Universitarias Mc Graw-Hill.
- Polaino, A. (1991). Modificación de la ansiedad – rasgo y la ansiedad – estado mediante un programa de intervención psicopedagógica para niños cancerosos hospitalizados. *Revista Complutense de Educación*, 2(3), pp. 419-429.
- Polaino, A. & Lizasoiaín, O. (1994). Programas de intervención y modificación del autoconcepto en niños hospitalizados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(3), pp. 333-337.
- Serradas, M. (sf). Pluridimensionalidad del rol del pedagogo hospitalario. Universidad Nacional Abierta.
- Serradas, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere: artículos arbitrados*, 39, ISSN: 1316 -4910; pp. 639-646.
- Vila, J.I. & Barrera, J. (2012). Atención a la diversidad y compensación educativa en el aula hospitalaria. *TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 4(6), ISSN: 1989 – 6247; pp. 461 – 678.
- Violant, V. (2015). *Bases de la Pedagogía Hospitalaria aplicada a las etapas vitales*. Málaga: Aljibe.
- Violant, V. & Anguera, M<sup>a</sup>.T. (2015). *Investigación en Pedagogía Hospitalaria*. Málaga: Aljibe.
- Wegner, W. & Rubim, E. N. (2012). Patient safety in care circumstances: prevention of adverse in the hospitalization of children. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*, 20(3), pp. 428-434.
- Zapata, C. (2012). Pedagogía Hospitalaria: una oportunidad para el encuentro con el ser humano. *BDCOL Biblioteca Digital Colombiana*, pp. 1-18.



---

***ANEXOS***



## ANEXO I

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN  
EN MATERIA DE COMPETENCIAS DOCENTES ESPECÍFICAS EN EL ÁREA DE  
PEDAGOGÍA HOSPITALARIA (MAESTROS HOSPITALARIOS) CODEPH-MAGHOS**

Apreciado maestro/a,

Adjunto enviamos un cuestionario relativo a las valoraciones acerca de cuál es su opinión sobre la importancia de la formación de los futuros maestros en competencias docentes específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria y sobre el nivel de adquisición de las mismas en el ámbito universitario.

Se garantiza que sus respuestas serán confidenciales.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

**Datos del maestro**

Nº

(1) **Sexo:** Hombre  Mujer

(2) **Edad:** \_\_\_\_

(3) **Nº de años de experiencia docente:** \_\_\_\_

(4) **Nº de años de experiencia docente en aulas hospitalarias:** \_\_\_\_

(5) **Cursos de formación en Pedagogía Hospitalaria recibidos:** \_\_\_\_

(6) **Horas totales de formación en Pedagogía Hospitalaria recibidas:** \_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de competencias específicas del área de Pedagogía Hospitalaria y que están relacionadas con el ejercicio profesional de los maestros en el contexto hospitalario. Para cada una de ellas, le solicitamos

que indique el **grado de importancia que usted le atribuye a cada competencia** para el desempeño profesional de los docentes en las aulas hospitalarias, así como el **nivel de adquisición de dicha competencia en su formación universitaria**.

Por favor, rodee en cada ítem la respuesta que considere más adecuada utilizando los valores de 1 a 4 de acuerdo a la siguiente consigna:

**1 = Ninguna/o, 2 = Poca/o, 3 = Bastante, 4 = Mucha/o**

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros		Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
1	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia	1 2 3 4	1 2 3 4
2	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren	1 2 3 4	1 2 3 4
3	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital	1 2 3 4	1 2 3 4
4	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.	1 2 3 4	1 2 3 4
5	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad	1 2 3 4	1 2 3 4
6	Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil	1 2 3 4	1 2 3 4
7	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
8	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
9	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones	1 2 3 4	1 2 3 4
10	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño	1 2 3 4	1 2 3 4
11	Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado	1 2 3 4	1 2 3 4
12	Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital	1 2 3 4	1 2 3 4
13	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
14	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado	1 2 3 4	1 2 3 4
15	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
16	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil	1 2 3 4	1 2 3 4
17	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización	1 2 3 4	1 2 3 4
18	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
19	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención	1 2 3 4	1 2 3 4
20	Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización	1 2 3 4	1 2 3 4
21	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
22	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil	1 2 3 4	1 2 3 4
23	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
24	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica	1 2 3 4	1 2 3 4
25	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
26	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño	1 2 3 4	1 2 3 4
27	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia	1 2 3 4	1 2 3 4
28	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
29	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo	1 2 3 4	1 2 3 4
30	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
31	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud	1 2 3 4	1 2 3 4
32	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
33	Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
34	Ejecutar proyectos educativos en el hospital	1 2 3 4	1 2 3 4
35	Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado	1 2 3 4	1 2 3 4
36	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
37	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos	1 2 3 4	1 2 3 4
38	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares	1 2 3 4	1 2 3 4
39	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento	1 2 3 4	1 2 3 4

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros		Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
40	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
41	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible	1 2 3 4	1 2 3 4
42	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario	1 2 3 4	1 2 3 4
43	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa	1 2 3 4	1 2 3 4
44	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué	1 2 3 4	1 2 3 4
45	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia	1 2 3 4	1 2 3 4
46	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares	1 2 3 4	1 2 3 4
47	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención	1 2 3 4	1 2 3 4
48	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria	1 2 3 4	1 2 3 4
49	Comparar los principios de actuación en diversos países	1 2 3 4	1 2 3 4
50	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
52	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados	1 2 3 4	1 2 3 4
53	Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas	1 2 3 4	1 2 3 4
54	Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral	1 2 3 4	1 2 3 4
55	Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales	1 2 3 4	1 2 3 4
56	Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión	1 2 3 4	1 2 3 4
57	Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos	1 2 3 4	1 2 3 4
58	Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa	1 2 3 4	1 2 3 4
59	Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
60	Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
61	Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización	1 2 3 4	1 2 3 4
62	Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalécientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida	1 2 3 4	1 2 3 4
63	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana	1 2 3 4	1 2 3 4
64	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalencia	1 2 3 4	1 2 3 4
65	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
66	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico	1 2 3 4	1 2 3 4
67	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
68	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
69	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
70	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto	1 2 3 4	1 2 3 4
71	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas	1 2 3 4	1 2 3 4
72	Análisis de las necesidades psicoeducativas de las persona con enfermedad y sus familias	1 2 3 4	1 2 3 4
73	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores)	1 2 3 4	1 2 3 4
74	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
75	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud	1 2 3 4	1 2 3 4

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros		Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
76	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria	1 2 3 4	1 2 3 4
77	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario	1 2 3 4	1 2 3 4
78	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos	1 2 3 4	1 2 3 4
79	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnología adaptadas a las necesidades especiales y/o específicas del estudiante	1 2 3 4	1 2 3 4
80	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades	1 2 3 4	1 2 3 4
81	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH	1 2 3 4	1 2 3 4
82	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral	1 2 3 4	1 2 3 4

<b>Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros</b>		<b>Importancia para el ejercicio profesional</b>	<b>Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad</b>
83	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH	1 2 3 4	1 2 3 4
84	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual	1 2 3 4	1 2 3 4
85	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH	1 2 3 4	1 2 3 4
86	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas	1 2 3 4	1 2 3 4
87	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento	1 2 3 4	1 2 3 4
88	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables	1 2 3 4	1 2 3 4
89	Estudiar los principales problemas de salud infantil	1 2 3 4	1 2 3 4
90	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen	1 2 3 4	1 2 3 4

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros		Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
91	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4
92	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias.	1 2 3 4	1 2 3 4
93	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.	1 2 3 4	1 2 3 4
94	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.	1 2 3 4	1 2 3 4
95	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.	1 2 3 4	1 2 3 4

Indique, por favor, si considera que hay competencias que son necesarias para el ejercicio profesional del docente en las aulas hospitalarias y que no han sido recogidas en el listado propuesto

Otras competencias que usted considere importante y que no se ha recogido en el listado propuesto	Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
	1 2 3 4	1 2 3 4
	1 2 3 4	1 2 3 4
	1 2 3 4	1 2 3 4

Otras competencias que usted considere importante y que no se ha recogido en el listado propuesto	Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
	1 2 3 4	1 2 3 4
	1 2 3 4	1 2 3 4
	1 2 3 4	1 2 3 4

Por favor, a continuación elija y ordene las **10 competencias que considere más importantes** según su opinión. Para ello escriba el número del ítem en los recuadros que aparecen abajo. Marque en la primera casilla la competencia que considera en primer lugar la más importante. En la segunda casilla señale la segunda más importante, y así sucesivamente.

1. Ítem número
2. Ítem número
3. Ítem número
4. Ítem número
5. Ítem número
6. Ítem número
7. Ítem número
8. Ítem número
9. Ítem número
10. Ítem número

**Muchas gracias por su colaboración.**

A la finalización de la investigación le facilitaremos los resultados obtenidos, por si resultan de su interés.

## ANEXO II

## VALORACIÓN DE LOS JUECES EXPERTOS DEL CUESTIONARIO CODEPH-MAGHOS

Adjunto le presentamos el cuestionario de evaluación en materia de competencias docentes específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria destinado a maestros hospitalarios (**CODEPH-MAGHOS**). Con este instrumento se pretende recoger la opinión de los maestros hospitalarios de la Comunidad Valenciana entorno a las competencias necesarias para la función docente en su ámbito de trabajo. Para ello se pregunta sobre la importancia que le otorgan a determinadas competencias específicas para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias, así como su percepción de adquisición de las mismas durante su formación universitaria en los grados de Educación.

Como juez experto seleccionado, le rogamos que evalúe los diferentes ítems valorando su **pertinencia** y **adecuación**, teniendo en cuenta que la pertinencia hace referencia a la contribución del ítem a los objetivos planteados por el cuestionario y la adecuación hace referencia a si el cuestionario está adaptado a la muestra a la que va dirigido. Para ello proponemos una escala tipo Lickert donde:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**Dimensiones a evaluar por los jueces expertos:**

Pertinencia					
La valoración de los ítems nos permite conocer la importancia que el sujeto le otorga a la competencia específica en Pedagogía Hospitalaria para el ejercicio profesional en las aulas hospitalarias.	1	2	3	4	5
La valoración de los ítems nos permite conocer la percepción que tiene el sujeto sobre el nivel de adquisición de la competencia durante su formación universitaria como maestro.	1	2	3	4	5

Adecuación	
<b>A</b>	La terminología del ítem se ajusta a la población a la que va dirigido el cuestionario.
<b>B</b>	La redacción del ítem es clara y comprensible para el sujeto.

En el apartado observaciones, puede especificar si modificaría o suprimiría algún ítem y por qué, si no lo considera apropiado.

**A modo de ejemplo, le mostramos la estructura del cuestionario:**

Por favor, rodee en cada ítem la respuesta que considere más adecuada utilizando los valores de 1 a 4 de acuerdo a la siguiente consigna: **1 = Ninguna/o, 2 = Poca/o, 3 = Bastante, 4 = Mucha/o**

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros		Importancia para el ejercicio profesional	Nivel en el que se ha desarrollado en la Universidad
1	Conocer de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.	1 2 3 4	1 2 3 4

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia		
Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren		
Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital		
Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil		
Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad		
Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil		
Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización		
Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario		
Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones		
Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño		
Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado		
Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital		
Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.		
Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado		
Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario		
Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil		
Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización		

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario		
Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención		
Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización		
Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.		
Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil		
Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria		
Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica		
Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario		
Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.		
Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia		
Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico		
Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo		
Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario		
Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud		
Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario		
Demostrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario		
Ejecutar proyectos educativos en el hospital		
Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado		

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos		
Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares		
Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento		
Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario		
Demostrar una capacidad adaptativa y flexible		
Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario		
Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa		
Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué		
Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia		
Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.		
Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención		
Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria		
Comparar los principios de actuación en diversos países		
Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente		
Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información		
Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados		
Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas		
Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral		

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales		
Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión		
Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos		
Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa		
Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria		
Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos		
Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización		
Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida		
Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana		
Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia		
Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria		
Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico		
Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores		

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria		
Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria		
Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto		
Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas		
Análisis de las necesidades psicoeducativas de las persona con enfermedad y sus familias		
Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores)		
Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la Pedagogía Hospitalaria.		
Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.		
Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria		
Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario		
Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos		
Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnología adaptadas a las necesidades especiales y/ó específicas del estudiante		
Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades		
Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.		

Competencias específicas en el área de Pedagogía Hospitalaria para maestros	A	B
Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral		
Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH		
Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual		
La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH		
Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas		
Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias		
Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad		
Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.		
Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.		
Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento		
Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables		
Estudiar los principales problemas de salud infantil		
Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen		
Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos		

**Observaciones:**

## ANEXO III

Tabla 59

*Competencias basadas en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad y/u hospitalización*

<b>Competencia basadas en las consecuencias derivadas de la enfermedad y/u hospitalización infantil</b>	
1	Identificar los cambios físicos o las secuelas derivadas de las enfermedades que mayor incidencia tienen en los menores y que conllevan un ingreso hospitalario de media o larga estancia.
2	Asociar las consecuencias derivadas de los tratamientos con las enfermedades que los requieren.
3	Manejar estrategias que ayuden a paliar la falta de asistencia al colegio a través de la acción educativa en el hospital.
4	Identificar las NEAE derivadas de la hospitalización infantil.
5	Diseñar actividades que tengan en cuenta las NEAE derivadas de la hospitalización y/o enfermedad.
6	Definir las repercusiones familiares que derivan de la aparición de la enfermedad infantil.
7	Programar actividades que favorezcan que el conocimiento de aspectos relacionados con la enfermedad y/ u hospitalización.
8	Estudiar la incidencia del dolor derivado de enfermedades y tratamientos para adaptar las actividades educativas a cada niño en el contexto hospitalario.
9	Promover que el niño hospitalizado exprese sus sentimientos y emociones.
10	Defender la presencia de los padres, siempre que sea posible, en el contexto del hospital para que acompañen al niño.
11	Detectar situaciones de falta de bienestar del niño hospitalizado.
12	Organizar actividades que palien la reducción de la movilidad del niño por estar en el hospital.
13	Crear un ambiente que favorezca la adaptación del niño al entorno educativo – hospitalario.
44	Saber responder a los interrogantes básicos de la Pedagogía Hospitalaria fundamentando su porqué y para qué.
45	Conocer los principales elementos del impacto y del proceso de ajuste a la enfermedad y a la hospitalización en el paciente pediátrico y su familia.
46	Identificar grupos de riesgo, situaciones y problemas familiares.
47	Estudiar la eficacia comparativa de diferentes programas de intervención.
49	Comparar los principios de actuación en diversos países.
50	Analizar los retos de la Pedagogía Hospitalaria en la atención educativa del alumno hospitalizado o convaleciente

Fuente: elaboración propia.

Tabla 59

Continuación

Competencia basadas en las consecuencias derivadas de la enfermedad y/u hospitalización infantil	
51	Aproximarse a las fuentes relativas a la Pedagogía Hospitalaria en sus diversos ámbitos, saber acceder a ellas y gestionar la información.
59	Conocer los referentes teórico-conceptuales de la Pedagogía Hospitalaria
60	Conocer y analizar las características del contexto hospitalario como escenario de procesos formativos.
65	Conocimiento de las bases teóricas y epistemológicas de la Pedagogía Hospitalaria.
66	Reconocimiento de la atención psicoeducativa de personas con enfermedad desde una mirada transdisciplinar, inclusiva y holístico.
67	Comprensión de teorías y modelos de atención psicoeducativa según la etapa vital. Neonatología; Infancia y adolescencia; y, Personas adultas y mayores.
68	Conocimiento de los métodos y las estrategias de la investigación aplicada a la Pedagogía Hospitalaria.
69	Selección y aplicación de los modelos y procedimientos de análisis según el método de investigación utilizado y la temática abordada en un proyecto de Pedagogía Hospitalaria.
80	Comprensión de conceptos, así como la resolución de problemas, que les permita enfrentarse a partir de la información a la complejidad de tomar decisiones en el ámbito de la PH y específicamente en situación de enfermedad y convalecencia de la persona en las diferentes edades.
84	Producción y comunicación científica, que le permita contribuir a la generación conocimiento en PH en contextos académicos y profesionales, el avance tecnológico, social o cultural dentro de la sociedad actual.
87	Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento .
88	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables.
89	Estudiar los principales problemas de salud infantil.
93	Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.
94	Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en niños en edad infantil.

**Tabla 60**

*Competencias basadas en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u hospitalización*

<b>Competencias basadas en las alteraciones derivadas de la enfermedad y/u hospitalización infantil</b>	
14	Identificar los signos que determinan elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado.
15	Valorar las técnicas de reducción del estrés y la ansiedad derivados de la hospitalización en el contexto hospitalario.
16	Reconocer los temores más comunes derivados de la hospitalización infantil.
17	Diseñar actividades que palien los temores infantiles derivados de la hospitalización.
18	Identificar las alteraciones cognitivas más habituales derivadas del ingreso hospitalario.
19	Planificar actuaciones que prevengan alteraciones cognitivas como el déficit de atención.
20	Relacionar conductas inadaptadas presentadas por el niño enfermo con las consecuencias derivadas de la hospitalización.
21	Manejar estrategias que favorezcan la motivación de los niños en el contexto hospitalario.
22	Responder a las repercusiones emocionales derivadas de la hospitalización infantil.
23	Integrar actividades lúdicas en el día a día del aula hospitalaria.
24	Aliviar los síntomas derivados de elevados niveles de ansiedad en el niño hospitalizado a través de la acción pedagógica.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 61**

*Competencias derivadas de las funciones del maestro hospitalario*

<b>Competencias derivadas de las funciones de maestro hospitalario</b>	
25	Colaborar en el diseño de estrategias de intervención destinadas a compensar el posible retraso escolar del menor derivado del ingreso hospitalario.
26	Defender el fomento de la coordinación entre el maestro de hospital y el tutor del centro de referencia del niño.
27	Dominar estrategias que favorezcan la reincorporación del niño a su centro de referencia.
28	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 61

Continuación

Competencias derivadas de las funciones de maestro hospitalario	
28	Seleccionar, priorizar y secuenciar contenidos y objetivos que prevengan un retraso académico.
29	Iniciar una comunicación fluida con el personal sanitario y con los familiares del niño enfermo.
30	Diseñar proyectos educativos en el contexto hospitalario.
31	Cooperar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud.
32	Preservar la continuidad del niño con el proceso escolar en pro de una mejor adaptación del menor al contexto hospitalario.
33	Demstrar el dominio de la destreza técnica para la actividad artística en el contexto hospitalario.
34	Ejecutar proyectos educativos en el hospital.
35	Manejar TIC que permitan mejorar la atención educativa del menor hospitalizado.
48	Reconocer la importancia de poner en práctica estrategias de consulta entre los profesionales en centros educativos, de atención hospitalaria y domiciliaria.
52	Defender los derechos de los alumnos enfermos y hospitalizados.
53	Diagnosticar las necesidades y posibilidades de desarrollo de las personas para fundamentar acciones educativas
54	Conocer y comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en la formación integral.
55	Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos adaptados a los distintos niveles del sistema educativo, en las modalidades presenciales y virtuales
56	Desarrollar y coordinar intervenciones educativas con personas o grupos, con necesidades específicas, en situaciones de riesgo, de desigualdad o discriminación por razón de género, clase, etnia, edad y/o religión.
57	Aplicar estrategias y técnicas de tutorización, entrenamiento, asesoramiento entre iguales, consulta y orientación en procesos educativos y formativos
58	Identificar planteamientos y problemas educativos, indagar sobre ellos: obtener, registrar, tratar e interpretar información relevante para emitir juicios argumentados que permitan mejorar la práctica educativa
61	Desarrollar metodologías y recursos adaptados a las características individuales de las personas en situación de hospitalización
62	Planificar, desarrollar y evaluar acciones formativas para pacientes hospitalizados (menores y adultos) y convalecientes capaces de contribuir a su desarrollo personal y a la mejora de su calidad de vida

**Tabla 61**  
Continuación

<b>Competencias derivadas de las funciones de maestro hospitalario</b>	
<b>63</b>	Trabajar de forma interdisciplinar con los profesionales del contexto hospitalario y actuar de mediador entre el Hospital y otras instituciones socioeducativas para favorecer la normalización y la reinserción del paciente hospitalizado a su vida cotidiana
<b>64</b>	Desarrollar entornos de formación virtual y contenidos digitales que favorezcan la continuidad de la formación durante los periodos de hospitalización y convalecencia
<b>70</b>	Desarrollo de propuestas de intervención, planificadas y basadas en la evidencia científica y las buenas prácticas según la etapa vital y el contexto.
<b>71</b>	Análisis y valoración de la realidad con la aplicación de metodologías diversas.
<b>73</b>	Identificación y aplicación de estrategias psicopedagógicas efectivas en la atención integral según la etapa abordada (neonatología, infancia y adolescencia y personas adultas y mayores).
<b>74</b>	Diseño y aplicación de procesos evaluativos en programas y proyectos de intervención e investigación en el campo de la P H.
<b>75</b>	Identificar y aplicar estrategias didácticas y creativas ante realidades diversas en población con problemas de salud.
<b>76</b>	Integración de conocimientos adquiridos teóricos, metodológicos, aplicados en diferentes campos de estudio de la Pedagogía Hospitalaria.
<b>77</b>	Saber organizar propuestas de enseñanza-aprendizaje adaptadas al alumnado en un contexto hospitalario y domiciliario.
<b>78</b>	Ser capaz de adaptar las tecnologías al ámbito social y educativo para propiciar entornos comunicativos, de aprendizajes y de procesos cognitivos.
<b>79</b>	Ser capaz de elaborar propuestas didácticas apoyadas en tecnología adaptadas a las necesidades especiales y/ó específicas del estudiante.
<b>82</b>	Capacidad de identificar, manejar y poner en práctica estrategias que permitan la adecuada intervención educativa hospitalaria desde la atención integral
<b>83</b>	Capacidad de conducir y desarrollar un proceso de investigación que le permita ampliar las fronteras del conocimiento en PH
<b>90</b>	Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.
<b>91</b>	Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos
<b>92</b>	Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias

**Tabla 62***Competencias derivadas de las características deseables del maestro hospitalario*

<b>Competencias derivadas de las características deseables de los maestros hospitalarios</b>	
<b>36</b>	Valorar la importancia del equilibrio emocional para el ejercicio docente en el aula hospitalaria.
<b>37</b>	Conocer estrategias para transmitir una sensibilidad especial para el trato con niños enfermos.
<b>38</b>	Potenciar la capacidad de una escucha activa para con el niño hospitalizado y sus familiares.
<b>39</b>	Aprender a manejar situaciones de estrés derivadas del agravamiento de una enfermedad o incluso del fallecimiento.
<b>40</b>	Mostrar interés en la preparación psicológica del maestro hospitalario para el buen desempeño de la docencia en el contexto hospitalario
<b>41</b>	Demostrar una capacidad adaptativa y flexible.
<b>42</b>	Desarrollar estrategias que favorezcan una actitud positiva en el docente hospitalario.
<b>43</b>	Demostrar una actitud dinámica, enérgica y creativa.
<b>81</b>	Habilidades de indagación, que le permita buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas en PH.
<b>85</b>	La capacidad de observación, que le permita percibir y analizar de manera precisa y detallada, el entorno donde se lleva a cabo las acciones en PH.
<b>86</b>	Adaptabilidad. Adaptación a las situaciones cambiantes, actuando con versatilidad y flexibilidad teniendo en cuenta el estado emocional y de salud de las personas.
<b>95</b>	Analizar y comprender las propias competencias socioemocionales para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.

Fuente: elaboración propia.

## ANEXO IV

Tabla 63

Listado de variables del cuestionario CODEPH - MAGHOS

Etiqueta	Descripción	Puntuación
<b>NSUJETO</b>	Número caso	
<b>SEXO PROFESOR EDAD</b>	Sexo del profesor	1/ hombre 2 /mujer
<b>Nº AÑOS EXPERIENCIA DOCENTE</b>	Nº Años experiencia docente totales	
<b>Nº AÑOS EXPERIENCIA DOCENTE EN UPH</b>	Nº Años experiencia docente en Unidades Pedagógicas Hospitalarias	
<b>Nº CURSOS FORMACIÓN EN PH</b>	Nº de cursos de formación en Pedagogía Hospitalaria	
<b>Nº HORAS TOTALES DE FORMACIÓN EN PH</b>	Nº de horas totales de formación en Pedagogía Hospitalaria	
<b>ÍTEM_1</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
		<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 63

Continuación

Etiqueta	Descripción	Puntuación	
ÍTEM_2	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
ÍTEM_3	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_4	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_5	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_6	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_7</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_8</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_9</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_10</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_11</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

Etiqueta	Descripción	Puntuación	
ÍTEM_12	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_13	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_14	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_15	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
ÍTEM_16	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_17</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_18</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_19</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_20</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_21</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_22</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_23</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_24</b>	Competencia basada en las alteraciones derivadas de la aparición de la enfermedad y/u ingreso hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_25</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_26</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_27</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_28</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_29</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_30</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_31</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_32</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_33</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_34</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_35</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_36</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_37</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_38</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_39</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_40</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_41</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_42</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_43</b>	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_44</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_45</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_46</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_47</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_48</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_49</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_50</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_51</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_52</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_53</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_54</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_55</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_56</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_57</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_58</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_59</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_60</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_61</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

Etiqueta	Descripción	Puntuación	
ÍTEM_62	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_63	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_64	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_65	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_66	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_67</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_68</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_69</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_70</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_71</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_72</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_73</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_74</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_75</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_76</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_77</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_78</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_79</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_80</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)
<b>ÍTEM_81</b>		<i>Importancia para el ejerció profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) (Bastante) (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

Etiqueta	Descripción	Puntuación	
ÍTEM_82	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_83	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_84	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_85	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
ÍTEM_86	Competencia derivada de las características deseables del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)

**Tabla 63**  
Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_87</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_88</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_89</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_90</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_91</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejercicio profesional</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i> 1 (Ninguna/o) 2 (Poca/o) 3 (Bastante) 4 (Mucha/o)

Tabla 63

Continuación

<b>Etiqueta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	
<b>ÍTEM_92</b>	Competencia derivada de las funciones del maestro hospitalario.	<i>Importancia para el ejerció profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_93</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejerció profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_94</b>	Competencia basada en las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica y/u ingreso hospitalario	<i>Importancia para el ejerció profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)
<b>ÍTEM_95</b>		<i>Importancia para el ejerció profesional</i>	<i>Nivel de desarrollo en la Universidad</i>
		1 (Ninguna/o)	1 (Ninguna/o) 2
		2 (Poca/o)	(Poca/o)
		3 (Bastante)	3 (Bastante)
		4 (Mucha/o)	4 (Mucha/o)

## Anexo V

Tabla 64

*Selección de competencias basado en las competencias específicas de las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud extraídas de las guías docentes analizadas de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria de las universidades del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria*

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de A Coruña	Didáctica de la Ed. para la salud (P)	Conocer y evaluar la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos sobre el funcionamiento del estudio del cuerpo y la salud humana.				
		Ser capaz de conocer las bases científicas que explican los comportamientos saludables, fomentar en los estudiantes una crítica y no susceptibles de hábitos saludables.				
		Conocer y valorar los factores personales y socio-ambiental que influye la salud humana, la comprensión de la relación entre nuestra especie y el medio ambiente en el que vive, y la importancia de las decisiones tomadas acerca de nosotros mismos y de nuestro entorno.				
		Desarrollar propuestas educativas que promueven el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de hábitos saludables, el uso de una metodología científica.				

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de las guías docentes de las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria.

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Alcalá	Promoción de la salud y hábitos saludables (I)	Poseer y comprender conocimientos en Promoción de la Salud y Determinantes de la salud.				
		Capacidad de emitir juicios sobre la importancia de la realización de acciones de educación para la salud en la escuela (a través de reunir e interpretar información relevante).				
		Conciencia de la importancia de la Educación para la salud en el entorno escolar.				
		Capacidad de desarrollar un proyecto de Escuela Promotora de Salud trabajando en grupo.				
		Conocer los principios básicos de su motricidad y su relación con los comportamientos saludables.				
		<b>Analizar e interpretar las habilidades motrices y su evolución en los niños de edad infantil.</b>			X	
		Saber diseñar actividades motrices y juegos para promover en los niños los comportamientos saludables.				
		Establecer las bases de una alimentación saludable, un buen desarrollo psicomotor y esquema corporal.				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR	
			1	2	3	4	
Universitat Autònoma de Barna	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6.</p> <p>Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar estos trastornos.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Demostrar que conoce y comprende los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil</p> <p>Demostrar que conoce la evolución de los fundamentos de dietética e higiene infantil.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Mantener una actitud de respeto al medio (natural, social y cultural) para fomentar valores, comportamientos y prácticas que atiendan a la igualdad de género, equidad y respeto a los derechos humano</p>	X				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Autònoma de Barcelona	Actividad física, diversidad y salud (P)	<p><b>Analizar y reconocer las propias competencias socioemocionales (en términos de fortalezas, potencialidades y debilidades), para desarrollar aquellas que sean necesarias en el desarrollo profesional.</b></p> <p>Desarrollar estrategias de aprendizaje autónomo.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover las competencias correspondientes a los estudiantes.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que tengan en cuenta la igualdad de género, la equidad y el respeto hacia los derechos humanos que conforman los valores de la formación ciudadana.</b></p> <p>Fomentar la lectura y el comentario crítico de texto de los distintos dominios científicos y culturales contenidos en el currículo escolar.</p> <p>Gestionar la información relativa al ámbito profesional para la toma de decisiones y la elaboración de informes.</p> <p>Reflexionar en torno a las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente.</p> <p>Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.</p> <p>Trabajar en equipos y con equipos (del mismo ámbito o interdisciplinar).</p>				X

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Almería	Motricidad, salud y desarrollo integral en la infancia (I)	<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables en la infancia.</p> <p>Conocer los fundamentos básicos de la motricidad infantil.</p> <p>Diseñar sesiones de motricidad en edad infantil.</p>				
Universidad Autónoma de Madrid	Infancia, salud y alimentación (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los alumnos.</p> <p>Utilizar los fundamentos científicos y didácticos del currículo de la etapa para proponer y organizar proyectos educativos sobre la salud.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los alumnos.</p>	X			

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Autónoma de Madrid	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Utilizar los fundamentos científicos y didácticos del currículo de la etapa para proponer y organizar proyectos educativos sobre la salud.</p> <p>Reconocer que los hábitos saludables adquiridos desde la primera infancia son la base para el normal desarrollo como persona.</p> <p><b>Adquirir conocimientos sobre el cuerpo, su cuidado, composición y funcionamiento.</b></p> <p>Comprender los fundamentos, características, procedimientos y criterios de valoración del desarrollo de las capacidades y habilidades perceptivo-motrices que definen la motricidad infantil.</p> <p>Analizar y diseñar propuestas prácticas para el desarrollo de las capacidades y habilidades motrices básicas.</p>	X			
	La condición física y la salud en la edad escolar (P)	<p>Comprender y argumentar el valor educativo y las funciones sociales que ha cumplido, cumple y debería cumplir la Educación Física.</p> <p>Analizar de forma crítica los contenidos de la Educación Física, desde el punto de vista de su valor educativo, de su afinidad hacia uno u otro género y de sus condicionantes sociales, políticos y económicos.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Autónoma de Madrid	La condición física y la salud en la edad escolar (P)	<p>Fundamentar y desarrollar propuestas curriculares y de secuencias de actividades que tengan en cuenta: los objetivos educativos establecidos en el currículo de Educación Física, las características biológicas y motrices del alumnado de Primaria, las diferencias y necesidades educativas existentes por cuestiones de edad, género, y competencia motriz, las necesidades y características del contexto de aplicación curricular, la lógica interna de los contenidos, la idoneidad de unos u otros métodos y técnicas de enseñanza, y de los recursos materiales propios de la Educación Física.</p> <p>Aplicar los fundamentos científico-técnicos, tácticos y reglamentarios en la enseñanza de las capacidades y habilidades motrices propias del currículo de Educación Física, teniendo capacidad de demostración de la ejecución.</p> <p>Crear ambientes favorables para el aprendizaje, para la generación de actitudes positivas hacia la actividad física y para la asunción de valores.</p> <p>Ajustar la dificultad y características de las tareas, durante su realización, a las necesidades, capacidades y ritmos de aprendizaje de los alumnos y de las alumnas.</p> <p>Utilizar adecuada y eficazmente procedimientos e instrumentos de evaluación del aprendizaje y de la propia enseñanza.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Autónoma de Madrid	La condición física y la salud en la edad escolar (P)	<p>Mostrar predisposición y capacidad de trabajo en equipo innovador y coherente con las necesidades personales y sociales del alumnado.</p> <p>Mostrar responsabilidad, compromiso y autonomía en el aprendizaje, desarrollo y desempeño profesional como maestro o maestra de Educación Física.</p>				
	Infancia, salud y educación (I)	<p>Diseñar y regular entornos armónicos de aprendizaje en contextos de diversidad en la educación infantil que atiendan las necesidades educativas singulares de cada estudiante, las dificultades de aprendizaje, la igualdad de género, la equidad y el respeto a los derechos humanos.</p> <p>Comprender la importancia del papel del maestro para poder actuar como colaborador y orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo de cero a seis años y dominar las habilidades sociales en el trato y la relación con la familia de cada niño y con el conjunto de las familias.</p> <p>Dinamizar la reflexión en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Barcelona	Infancia, salud y educación (I)	Fomentar el crecimiento y el desarrollo infantil, con especial atención a los fundamentos de higiene, salud y nutrición, y los fundamentos de los procesos de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia. Reconocer los fundamentos de la atención temprana.				
		Potenciar la evolución de los diferentes lenguajes de la educación infantil, identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución. Favorecer el desarrollo de las habilidades comunicativas.				
		Reflexionar sobre las prácticas del aula para innovar y mejorar la labor docente. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los docentes y entre los niños.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Burgos	Salud y alimentación infantil (I)	<p>Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.</p> <p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio</p> <p>Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</p> <p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p> <p>Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Burgos	Salud y alimentación infantil (I)	<p>Haber adquirido el nivel C1 en lengua castellana.</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Relaciones interpersonales.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables durante la etapa infantil.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual y colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar, en general, que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los alumnos.</p>	X			
	Educación para la salud (P)	<p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Burgos	Educación para la salud (P)	<p>Desarrollar un compromiso ético en su configuración como profesional, que potencie la idea de educación integral con actitudes críticas y responsables, garantizando la igualdad de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de paz y de valores democráticos.</p> <p>Resolución de problemas.</p> <p>Trabajo en equipo.</p> <p>Razonamiento crítico.</p> <p>Creatividad.</p> <p>Conocimiento de los contenidos básicos de la Educación para la Salud.</p> <p>Plantear y resolver problemas asociados a la salud.</p> <p>Análisis de materiales didácticos relacionados con la asignatura.</p>				
Universidad de Cádiz	Actividad física y salud (P)	<p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Poseer conocimientos suficientes para desarrollar y aplicar el currículum propio del área de Educación Física</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Cádiz	Actividad física y salud (P)	<p>Participar en la elaboración y desarrollo de los programas relacionados con la educación para la salud como materia transversal del currículum</p> <p>Colaborar con los agentes responsables de la promoción de la salud (familia, escuela, individuo, sociedad) y conocer sus interrelaciones</p> <p>Conocer los fundamentos biológicos del cuerpo humano necesarios para el desarrollo de la actividad física</p> <p>Conocer alteraciones de la salud (obesidad, posturales, etc.) y su relación con el estilo de vida</p> <p>Conocer y saber aplicar los contenidos relacionados con la salud en el ámbito de la EF en Primaria</p> <p>Conocer y saber concienciar acerca de la importancia de hábitos de salud (actividad física recreativa, salud,...) para la prevención de enfermedades.</p>				
Universidad de Cantabria	Promoc. del desarrollo infantil saludable (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p>	X			

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Cantabria	Promoc. del desarrollo infantil saludable (I)	<p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Actuar como orientador de padres y madres, en relación con la educación familiar en el período 0-6 y dominar habilidades sociales en el tramo y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p> <p>Competencias Básicas</p> <p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos fundamentales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</p> <p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Cantabria	Promoc. del desarrollo infantil saludable (I)	Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.				
		Biología, salud y alimentación infantil (I)				
Universidad de Castilla-La Mancha		Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio				
		Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética				
		Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía				
		<b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b>		X		

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Castilla-La Mancha	Biología, salud y alimentación infantil (I)	<p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Adquirir un conocimiento básico del cuerpo humano y sus funciones.</p> <p>Conocer los principios básicos para un desarrollo y comportamiento saludables.</p> <p>Saber diseñar actividades para promover en los niños comportamientos saludables.</p> <p>Identificar trastornos en la alimentación y en la percepción auditiva y visual.</p> <p>Conocer la interacción salud/ambiente y desarrollar una conciencia crítica ante los problemas asociados.</p> <p>Al mismo tiempo que controlan y evalúan, dar feedback inmediato y constructivo para apoyar el aprendizaje del alumnado.</p>				
Universidad Complutense de Madrid	Actividad física, juego motor y salud (P)	<p>Profundizar en la formación en Educación Física de los estudiantes, para una mejor práctica docente en esta área.</p> <p>Identificar los fundamentos básicos de una práctica saludable de la actividad física así como sus efectos en el organismo.</p> <p>Reconocer el origen y la evolución histórica de los juegos tradicionales.</p> <p>Saber aplicar adecuadamente los juegos populares y tradicionales en Educación Primaria.</p> <p>Saber aplicar adecuadamente las actividades de iniciación deportiva en Educación Primaria.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Bases biológicas de la salud (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables. Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>				
	Psicología de la salud (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Psicología de la salud (I)	<p>Reconocer la identidad de la etapa y sus características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociales y afectivas.</p> <p>Saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad, la curiosidad, la observación, la experimentación, la imitación, la aceptación de normas y de límites, el juego simbólico y heurístico.</p> <p>Identificar dificultades de aprendizaje, disfunciones cognitivas y las relacionadas con la atención.</p> <p><b>Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.</b></p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p><b>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</b></p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>			X	
			X			

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Educación para la salud y el consumo (I)	Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.				
		<b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los Derechos Humanos.</b>			X	
		Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella y abordar la resolución pacífica de conflictos. Saber observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y convivencia y saber reflexionar sobre ellos.				
		Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.				
		Conocer las implicaciones educativas de las tecnologías de la información y la comunicación y, en particular, de la televisión en la primera infancia.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Educación para la salud y el consumo (I)	<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los Derechos Humanos.</b></p> <p>Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella y abordar la resolución pacífica de conflictos. Saber observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y convivencia y saber reflexionar sobre ellos.</p> <p>Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p> <p>Conocer las implicaciones educativas de las tecnologías de la información y la comunicación y, en particular, de la televisión en la primera infancia.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR	
			1	2	3	4	
Universidad de Córdoba	Educación para la salud y el consumo (I)	<p>Construir una visión actualizada el mundo natural y social.</p> <p>Saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad, la curiosidad, la observación, la experimentación, la imitación, la aceptación de normas y de límites, el juego simbólico y heurístico.</p> <p>Analizar e incorporar de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad actual que afectan a la educación familiar y escolar; impacto social y educativo de los lenguajes audiovisuales y de las pantallas; cambios en las relaciones de género e intergeneracionales; multiculturalidad e interculturalidad; discriminación e inclusión social y desarrollo sostenible.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Comprender que la observación sistemática es un instrumento básico para poder reflexionar sobre la práctica y la realidad, así como contribuir a la innovación y a la mejora en Educación Infantil.</p> <p>Saber analizar los datos obtenidos, comprender críticamente la realidad y elaborar un informe de conclusiones.</p> <p>Valorar la importancia del trabajo en equipo.</p> <p>Elaborar propuestas didácticas en relación con la interacción ciencia, técnica, sociedad y desarrollo sostenible.</p>	X				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Educación para la salud y el consumo (I)	<p>Promover el interés y el respeto por el medio natural, social y cultural a través de proyectos didácticos adecuados.</p> <p>Fomentar experiencias de iniciación a las tecnologías de la información y la comunicación.</p>				
	Educación física y salud (P)	<p>Valorar la responsabilidad individual y colectiva en la consecución de un futuro sostenible; y adquirir la formación necesaria para la promoción de una vida saludable.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.</p> <p>Promover el trabajo cooperativo y el trabajo y esfuerzo individuales.</p> <p>Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades físico deportivas y de promoción de la salud a través del ejercicio físico dentro y fuera de la escuela.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover las competencias correspondientes en los estudiantes.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Educación física y salud (P)	<p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p> <p>Conocer las áreas curriculares de la Educación Primaria, la relación interdisciplinar entre ellas, los criterios de evaluación y el cuerpo de conocimientos didácticos en torno a los procedimientos de enseñanza y aprendizaje respectivos. Asimismo conocer y fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella, resolver problemas de disciplina y contribuir a la resolución pacífica de conflictos. Estimular y valorar el esfuerzo, la constancia y la disciplina personal en los estudiantes.</p> <p>Colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno social. Asumir la dimensión educadora de la función docente y fomentar la educación democrática para una ciudadanía activa.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Córdoba	Educación física y salud (P)	<p>Valorar la responsabilidad individual y colectiva en la consecución de un futuro sostenible; y adquirir la formación necesaria para la promoción de una vida saludable.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.</p> <p>Comprender los principios que contribuyen a la formación cultural, personal y social desde la educación física.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la educación física.</p> <p>Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades físico deportivas y de promoción de la salud a través del ejercicio físico dentro y fuera de la escuela.</p>				
Universidad de Extremadura	Educación para la salud (I)	Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y evolutiva.				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Extremadura	Educación para la salud (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
	Motricidad, actividad física y salud (P)	<p>Conocer las áreas curriculares de la Educación primaria, la relación interdisciplinar entre ellas, los criterios de evaluación y el cuerpo de conocimientos didácticos en torno a los procedimientos de enseñanza y aprendizaje respectivos</p> <p><b>Diseñar, planificar y evaluar procesos de enseñanza aprendizaje, tanto individualmente como en colaboración con otros docentes y profesionales.</b></p>			X	

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Extremadura	Motricidad, actividad física y salud (P)	<p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos.</b></p> <p>Conocer y aplicar en las aulas las tecnologías de la información y de la comunicación. Discernir selectivamente la información audiovisual que contribuya a los aprendizajes, a la formación cívica y a la riqueza cultural.</p> <p>Adquirir un conocimiento práctico del aula y de la gestión de la misma.</p> <p>Conocer y aplicar los procesos de interacción y comunicación en el aula y dominar las destrezas y habilidades sociales necesarias para fomentar un clima de aula que facilite el aprendizaje y la convivencia.</p> <p>Conocer los contenidos de la Educación Física en Primaria y las estrategias metodológicas necesarias para poder enseñarlos al alumnado de esta etapa, conforme a las orientaciones didácticas reflejadas en la Ley educativa.</p> <p>Diseñar, desarrollar y evaluar cualquier aspecto del currículum de educación Física en Primaria, adaptándolo a las circunstancias de cada contexto.</p> <p>Valorar el papel del docente en Educación Física como parte del equipo educativo responsable de que el alumnado del Centro Escolar alcance los objetivos de la etapa de Educación Primaria.</p> <p>Describir, comprender y explicar los principales trastornos de la infancia y adolescencia, a la luz de un desarrollo saludable.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Girona	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Identificar, reconocer y describir los procesos de desarrollo físico y psíquico de los niños.</p> <p>Promover la autonomía y la singularidad de cada alumno / a como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p> <p>Comunicarse oralmente y por escrito sobre temas educativos en las lenguas oficiales demostrando creatividad y adecuándose a los destinatarios y al objetivo, empleando soportes adecuados.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles.</p> <p>Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Identificar los aspectos y rasgos esenciales que determinan prácticas innovadoras y de calidad en la organización y funcionamiento de centros educativos.</p>				
	Salut i expressió corporal per a Mestres (I) (P)	<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Girona	Salut i expressió corporal per a Mestres (I) (P)	<p>Planificar la educación emocional y en valores teniendo en cuenta la singularidad de cada niño.</p> <p>Expresarse oralmente y por escrito y dominar el uso de diferentes técnicas de expresión.</p> <p>Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Identificar los aspectos y rasgos esenciales que determinan prácticas innovadoras y de calidad en la organización y funcionamiento de centros educativos.</p>				
	Salut i condició física (I) (P)	<p>Conocer los contenidos psicomotores y de expresión corporal y el desarrollo curricular actual de Educación Infantil.</p> <p>Conocer las áreas curriculares de la Educación Primaria, la relación interdisciplinar entre ellas, los criterios de evaluación y el cuerpo de conocimientos didácticos en torno a los procedimientos de enseñanza y aprendizaje respectivos.</p> <p>Diseñar, planificar y evaluar procesos de enseñanza y aprendizaje, tanto individualmente como en colaboración con otros docentes y profesionales del centro.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Girona	Salut i condició física (I) (P)	<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, la equidad y el respeto a los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana.</b></p> <p>Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás.</p> <p>Estimular y valorar el esfuerzo, la constancia y la disciplina personal en los estudiantes.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles.</p> <p>Colaborar con los diferentes sectores de la comunidad educativa y del entorno social.</p> <p>Mantener una relación crítica y autónoma respecto de los saberes, los valores y las instituciones sociales públicas y privadas.</p>			X	

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Granada	Educación para la salud y la alimentación en la infancia (I)	<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos.</b></p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Comprender la función, las posibilidades y los límites de la educación en la sociedad actual y las competencias fundamentales que afectan a los colegios de educación infantil y a sus profesionales.</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamientos saludables.</p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Huelva	Trastornos de la salud en la infancia (I)	<p><b>Saber informar a otros profesionales especialistas para abordar la colaboración del centro y del maestro en la atención a las necesidades educativas especiales que se planteen.</b></p> <p>Adquirir recursos para favorecer la integración educativa de estudiantes con dificultades.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Valorar la importancia del trabajo en equipo.</p>			X	
	Actividad física y salud (P)	<p>Diseñar, planificar y evaluar la actividad docente y el aprendizaje en el aula.</p> <p>Relacionar la educación con el medio, y cooperar con las familias y la comunidad.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover la adquisición de competencias básicas en los estudiantes.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la educación física.</p>	X			

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Huelva	Actividad física y salud (P)	Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades deportivas dentro y fuera de la escuela.				
	Educación para la salud y el consumo en la educación de 0 a 6 años (I)	<p>Saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad, la curiosidad, la observación, la experimentación, la imitación la aceptación de normas y de límites, el juego simbólico y heurístico.</p> <p>Analizar e incorporar de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad actual que afectan a la educación familiar y escolar: impacto social y educativo de los lenguajes audiovisuales y de las pantallas; cambios en las relaciones de género e intergeneracionales; multiculturalidad e intercultural; discriminación e inclusión social y desarrollo sostenible.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Huelva	Educación para la salud y el consumo en la educación de 0 a 6 años (I)	Elaborar propuestas didácticas en relación con la interacción ciencia, técnica, sociedad y desarrollo sostenible.				
		Promover el interés y el respeto por el medio natural, social y cultural a través de proyectos didácticos adecuados. Saber utilizar el juego como recurso didáctico, así como diseñar actividades de aprendizaje basadas en principios lúdicos.				
Universitat de les Illes Balears	Educación física y hábitos saludables (P)	Conocer, valorar y aceptar el propio cuerpo, su desarrollo psicomotor, sus posibilidades motrices, así como los principios que contribuyen a la formación cultural personal y social desde la educación física.				
		Conocer y promover una educación de hábitos de vida saludables, los fundamentos biológicos y fisiológicos del cuerpo humano.				
		Tener conocimientos sobre los procesos de adaptación al ejercicio físico, las capacidades físicas básicas y su evolución. Los factores determinantes de la evolución ontogénica y una educación en valores.				
	Educación para la salud (P)	Conocer los aspectos que relacionan la actividad física con el ocio, el tiempo libre y la recreación para poder establecer bases de actuación adecuadas en el medio escolar.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de les Illes Balears	Educación para la salud (P)	<p>Conocer y promover una educación de hábitos de vida saludables, los fundamentos biológicos y fisiológicos del cuerpo humano.</p> <p>Tener conocimientos sobre los procesos de adaptación al ejercicio físico, las capacidades físicas básicas y su evolución. Los factores determinantes de la evolución ontogénica y una educación en valores.</p>				
	Educación para la salud: aspectos didácticos y psicológicos (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
Universidad de Jaén	Actividad física y salud (P)	<p>Conocer y abordar situaciones escolares en contextos multiculturales.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la educación física.</p> <p>Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades deportivas dentro y fuera de la escuela.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Jaén	Actividad física y salud (P)	Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promoverlas competencias correspondientes en los estudiantes.				
	Motricidad y salud (I)	<p>Reconocer la identidad de la etapa y sus características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociales, afectivas.</p> <p>Saber promover la adquisición de hábitos en torno a la autonomía, la libertad, la curiosidad, la observación, la experimentación, la imitación, la aceptación de normas y de límites, el juego simbólico y heurístico.</p> <p>Conocer la dimensión pedagógica de la interacción con los iguales y los adultos y saber promover la participación en actividades colectivas, el trabajo cooperativo y el esfuerzo individual.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>		X		

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Jaén	Motricidad y salud (I)	<p>Saber trabajar en equipo con otros profesionales de dentro y fuera del centro en la atención a cada estudiante, así como en la planificación de las secuencias de aprendizaje y en la organización de las situaciones de trabajo en el aula y en el espacio de juego, identificando las peculiaridades del periodo 0-3 y 3-6.</p> <p>Conocer los fundamentos musicales, plásticos y de expresión corporal del currículo de esta etapa así como las teorías sobre la adquisición y desarrollo de los aprendizajes correspondientes.</p> <p>Saber utilizar el juego como recurso didáctico, así como diseñar actividades de aprendizaje basadas en principios lúdicos.</p> <p>Elaborar propuestas didácticas que fomenten la percepción y expresión musicales, las habilidades motrices, el dibujo y la creatividad.</p> <p>Participar en la actividad docente y aprender a saber hacer, actuando y reflexionando desde la práctica.</p>				
	Educación para la salud (I)	<p>Diseñar y elaborar materiales didácticos y utilizarlos en el ámbito de la Educación para la Salud.</p> <p><b>Estudiar los principales problemas de salud infantil.</b></p> <p>Conocer los principios básicos del desarrollo y comportamientos saludables.</p>	x			

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Jaume I de Castellón	El desarrollo motriz. Salud y crecimiento (I)	<p>Conocer el desarrollo psicomotor y diseñar intervenciones destinadas a promoverlo</p> <p>Crear propuestas motrices respetando los aspectos óptimos del crecimiento y desarrollo saludable</p> <p>Detectar situaciones de falta de bienestar del niño o la niña que sean incompatibles con su desarrollo y promover su mejora</p> <p>Diseñar actividades encaminadas al desarrollo de las habilidades motrices</p> <p>Distinguir las actuaciones motoras que se adecuan mejor al desarrollo físico armónico y equilibrado.</p> <p>Observar y valorar la evolución motriz de los niños y niñas, relacionando los patrones motrices y conductuales con una correcta maduración.</p> <p>Potenciar en los niños y las niñas el conocimiento y control de su cuerpo y sus posibilidades motrices, así como los beneficios que tienen sobre la salud.</p> <p>Realizar exposiciones teóricas y prácticas alrededor de aspectos metodológicos de la educación motriz</p> <p>Ser capaz de ajustar las situaciones motrices a las individualidades psicomotoras y socio- motoras de los niños y niñas.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de La Laguna	Educación para la salud en la infancia (I)	<p>Promover la autonomía y singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia</p> <p>Conocer el concepto integral de educación para la salud como la interacción de las dimensiones físicas, mentales, sociales y ambientales. Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles</p> <p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias. Colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno escolar</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables en el periodo de 0 a 6 años.</p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, nutricionales y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de La Rioja	Bienestar Biopsicosocial de la Infancia	<p>Conocer los contextos de crianza y educación.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles y adquirir capacidad para entender los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</p> <p>Capacidad para saber identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Capacidad para saber.</p>				
	Actividad física y salud (P)	<p>Conocer y valorar el propio cuerpo y sus posibilidades motrices, así como los beneficios que tiene sobre la salud.</p> <p>Saber detectar dificultades anatómico-funcionales, cognitivas y de relación social, a partir de indicios corporales y motrices, para aplicar adaptaciones curriculares individualizadas.</p> <p>Conocimiento de la repercusión y beneficios de la actividad física sobre la salud de los escolares.</p> <p>Dominar las directrices básicas para garantizar la seguridad de los alumnos en las clases de Educación física.</p> <p>Dominio en la aplicación de los criterios para un correcto desarrollo y adaptación de la actividad física en condiciones especiales de salud de los escolares: desviaciones del raquis, diabetes, asma...</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de La Rioja	Actividad física y salud (P)	<p>Conocimiento de los riesgos que existen al realizar actividades físicas para convertirlo en criterio clave de selección de ejercicios y actividades.</p> <p>Capacidad de actuación frente a accidentes en la práctica de la Educación Física.</p> <p>Ser capaces de promover hábitos perdurables y autónomos de práctica físico deportiva.</p>				
	Educación para la salud y la alimentación y su didáctica (I)	<p>Planificar y desarrollar estrategias didácticas para promover hábitos saludables en la infancia.</p> <p>Identificar trastornos del sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual, así como colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p>				
Universidad de Las Palmas	Didáctica de las Ciencias Naturales y de la educación para la salud, biodiversidad y entorno (P)	<p>Comprender los principios básicos y las leyes fundamentales de las ciencias experimentales (Biología).</p> <p>Conocer el currículo escolar de estas ciencias</p> <p>Plantear y resolver problemas asociando las ciencias con la vida cotidiana.</p> <p>Valorar las ciencias como un hecho cultural.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Las Palmas	Didáctica de las Ciencias Naturales y de la educación para la salud, biodiversidad y entorno (P)	<p>Reconocer la mutua influencia entre ciencia, sociedad y desarrollo tecnológico, así como las conductas ciudadanas pertinentes, para procurar un futuro sostenible.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover la adquisición de competencias básicas en los estudiantes.</p> <p>Conocer las características de los seres vivos y utilizar diferentes instrumentos y técnicas para su observación y clasificación.</p> <p>Planificar y realizar propuestas didácticas que utilicen el entorno como contexto de enseñanza y aprendizaje.</p> <p>Conocer los principios básicos de la Educación para la salud y planificar estrategias didácticas para la promoción de hábitos saludables.</p>				
Universitat de Lleida	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Conocer y comprender los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludable.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico, y psíquico de los niños de 0 a 6 años.</p> <p>Expresar se correctamente de manera oral y escrita.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Lleida	Salud y bienestar docente (I) (P)	<p>Situar la figura y la actividad del profesor, desde sus diferentes vertientes, como objeto de estudio en tanto que factor relevante en la calidad de los procesos de enseñanza/aprendizaje.</p> <p>Relacionar y contextualizar los diversos aspectos de la actividad profesional docente con las demandas y los procesos de cambio social.</p> <p>Incorporar y compartir actitudes de reflexión y de autoconocimiento aplicables a la vida profesional docente.</p> <p>Conocer los factores de riesgo que comporta el ejercicio de la profesión docente, así como los factores de satisfacción que pueden esperarse de la profesión.</p> <p>Aprender y ejercitar técnicas y habilidades docentes para prevenir y afrontar el malestar docente.</p> <p>Dominar las tecnologías de la información y de la comunicación.</p> <p>Expresarse correctamente de manera oral y escrita.</p>				
Universidad de Málaga	Salud, higiene y alimentación infantil (I)	<p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables, para promoverlos de forma plena y adecuada.</p> <p>Detectar situaciones de falta de bienestar físico y emocional que sean incompatibles con desarrollo adecuado.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Málaga	Salud, higiene y alimentación infantil (I)	<p>Identificar los trastornos en el sueño, alimentación y desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar desde el ámbito escolar en la solución de dichos trastornos</p> <p><b>Ser capaz de crear y mantener lazos de comunicación coordinados con las familias</b></p> <p>Comprender los requisitos y demandas para un desarrollo saludable y saber detectar las carencias alimenticias, afectivas y de bienestar que puedan perturbar un desarrollo físico y psíquico adecuado del alumnado.</p> <p>Competencias transversales: Capacidad de análisis y síntesis, Capacidad de gestión de la información, Resolución de problema y toma de decisiones, Trabajo en equipos interdisciplinares, Reconocimiento de la diversidad, multiculturalidad y perspectiva de género, compromiso ético.</p>			X	
	Actividad física y salud (P)	<p>Comprender los principios que contribuyen a la formación cultural, personal y social desde la educación física.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la educación física, así como los conocimientos teórico-prácticos adecuados sobre el desarrollo físico y motor de los/as niños/as de 6 a 12 años.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Málaga	Actividad física y salud (P)	Adquirir los recursos necesarios para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades deportivas dentro y fuera de la escuela, valorando la educación física como contenido fundamental para fomentar los hábitos de higiene y salud.				
	Educación física y salud (P)	<p>Conocer las áreas curriculares de la Educación Primaria, la relación interdisciplinar entre ellas, los criterios de evaluación y el cuerpo de conocimientos didácticos en torno a los procedimientos de enseñanza y aprendizaje respectivos. Diseñar, planificar y evaluar procesos de enseñanza y aprendizaje, tanto individualmente como en colaboración con otros docentes y profesionales del centro.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana.</b></p> <p>Conocer la organización de los colegios de educación primaria y la diversidad de acciones que comprende su funcionamiento.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Murcia	Educación física y salud ( P )	<p>Desempeñar las funciones de tutoría y de orientación con los estudiantes y sus familias, atendiendo a las singulares necesidades educativas de los estudiantes. Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Mantener una relación crítica y autónoma respecto de los saberes, los valores y las instituciones sociales públicas y privadas.</p> <p>Conocer y aplicar en las aulas las tecnologías de la información y la comunicación. (b) Discernir selectivamente la información audiovisual que contribuya a los aprendizajes, a la formación cívica y a la riqueza cultural.</p> <p>Conocer las áreas curriculares de la Educación Primaria, la relación interdisciplinar entre ellas, los criterios de evaluación y el cuerpo de conocimientos didácticos en torno a los procedimientos de enseñanza y aprendizaje respectivos.</p> <p>Diseñar, planificar y evaluar procesos de enseñanza y aprendizaje, tanto individualmente como en colaboración con otros docentes y profesionales.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Murcia	Educación física y salud ( P )	<p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y que atiendan a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana.</b></p> <p>Colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa y del entorno social. Asumir la dimensión educadora de la función docente y fomentar la educación democrática para una ciudadanía activa.</p> <p>Mantener una relación crítica y autónoma respecto de los saberes, los valores y las instituciones sociales públicas y privadas.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente.</p> <p>Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.</p> <p>Conocer y aplicar en las aulas las tecnologías de la información y la comunicación. Discernir selectivamente la información audiovisual que contribuya a los aprendizajes, a la formación cívica y a la riqueza cultural.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente.</p> <p>Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo.</p>			X	

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Murcia	Educación física y salud ( P )	Conocer y aplicar en las aulas las tecnologías de la información y la comunicación. Discernir selectivamente la información audiovisual que contribuya a los aprendizajes, a la formación cívica y a la riqueza cultural.				
	Desarrollo, comportamiento y salud (I)	Realizar supuestos para el conocimiento de situaciones que favorecen la salud, Proponer acciones para conocer los hábitos saludables, Proponer acciones para conocer los hábitos de higiene corporal, La información y formación en alimentación y descanso, La información y formación en el dolor corporal y la enfermedad, Realizar la valoración ajustada de los factores de riesgo, Proponer acciones para la adopción de comportamientos saludables individuales y colectivos, Proponer acciones para la prevención de accidentes escolares y extra escolares, Conocer los primeros auxilios, Realizar la identificación y valoración crítica entre factores y prácticas sociales cotidianas que favorecen o no la salud.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Oviedo	Primeros auxilios, salud y prevención de accidentes en la escuela (P)	<p>Conocimiento básico del área curricular relacionada con el conocimiento del cuerpo humano y los sistemas biológicos, los procesos de salud y enfermedad y los riesgos de accidentalidad.</p> <p>Que los estudiantes sean capaces de diseñar actividades didácticas tendentes a fomentar en los niños hábitos saludables y seguros.</p>				
	Actividad física y salud (P)	<p>Determinar los fundamentos sobre los que se asienta el estudio de la actividad física como instrumento para la salud.</p> <p>Valorar la importancia en la formación de hábitos de higiene corporal, alimentarios y posturales relacionados con la actividad física en la edad escolar, a través de un proceso de motivación intrínseca.</p> <p>Identificar los beneficios bio-psico-sociales de la práctica de actividad física, deportiva y recreativa.</p> <p>Diferenciar los factores y sistemas que determinan la condición física relacionada con la salud versus la condición física orientada hacia el rendimiento deportivo.</p> <p>Determinar los ejercicios que son desaconsejados desde el punto de vista saludable y reconocer las causas por las que debe evitarse su práctica.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Oviedo	Actividad física y salud (P)	<p>Conocer distintos programas de promoción de la salud, especialmente aquellos relacionados con la actividad física y el ámbito escolar.</p> <p>Conocer las medidas básicas de seguridad y prevención de accidentes en la práctica de la actividad física.</p>				
Universidad del País Vasco	Salud y actividad física (P)	A través de esta asignatura se abordarán tanto los beneficios producidos por la práctica de actividad físico-deportiva adecuada y constante como parte del estilo de vida, así como de los problemas derivados de la inactividad y/o los excesos producidos por la práctica inadecuada. Se estudiarán diferentes metodologías aplicables a los jóvenes en edad escolar.				
Universidad Pública de Navarra	Educación Física y salud (I) (P)	<p>Conocer los objetivos, los contenidos curriculares, la organización, la metodología, y los criterios de evaluación de la Educación Infantil.</p> <p>Promover los aprendizajes en la primera infancia desde una perspectiva globalizadora e integradora de las dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p>Diseñar espacios de aprendizaje en contextos de diversidad y en espacios multiculturales y multilingües, atendiendo las necesidades singulares del alumnado, la igualdad de género, la equidad, y el desarrollo de los derechos humanos.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pública de Navarra	Educación Física y salud (I) (P)	<p>Conocer distintos programas de promoción de la salud, especialmente aquellos relacionados con la actividad física y el ámbito escolar.</p> <p>Conocer las medidas básicas de seguridad y prevención de accidentes en la práctica de la actividad física.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para fomentar la innovación. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo, y conocer modelos de gestión de calidad.</p> <p>Conocer los fundamentos de la atención temprana, el funcionamiento de los procesos psicológicos básicos, las claves del aprendizaje, la construcción de la personalidad, y situar los fundamentos de higiene y dietética en la infancia.</p> <p>Organizar de forma activa los procesos de enseñanza y de aprendizaje de los contenidos propios de la Educación Infantil desde una perspectiva de desarrollo de competencias.</p>				
Universidad Rey Juan Carlos	Educación para la salud, la higiene y la alimentación (I)	<p>Conocimiento de los contenidos que hay que enseñar, comprendiendo su singularidad epistemológica y la especificidad de su didáctica.</p> <p>Sólida formación científico-cultural y tecnológica.</p> <p>Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Rey Juan Carlos	Educación para la salud, la higiene y la alimentación (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantil.</p> <p>Abordar con eficacia situaciones de aprendizaje en la primera infancia desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, motriz, lingüística y de autorregulación. (perspectiva globalizadora )</p> <p>Adquirir estrategias, partiendo de un trabajo coordinado entre diversos profesionales para orientar a las familias en cuestiones relacionadas con el desarrollo y educación de los alumnos de 0 a 6 años. (perspectiva de coordinación con otros profesionales y atención a las familias)</p> <p>Diseñar experiencias para conocer el mundo natural por medio de la percepción sensorial. ( sobre desarrollo sensorial y experimental )</p> <p>Fomentar y facilitar la adquisición de hábitos saludables en relación con la higiene, la salud y la alimentación.</p>				
		<p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p>				
Universitat Rovira i Virgili	Infancia, salud y alimentación (I)					

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Rovira i Virgili	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer Fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p> <p>Comprender la función, las posibilidades y los límites de la educación en la sociedad actual y las competencias fundamentales que afectan a los colegios de educación infantil ya sus profesionales. Conocer modelos de mejora de la calidad con aplicación a los centros educativos.</p>				
Universidad de Salamanca	Salud y alimentación en la infancia y su didáctica (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Santiago de Compostela	Infancia, salud y alimentación (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos del sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar los anteriores trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
		<p>Salud infantil: educación motriz y artística (I)</p> <p>Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil.</p> <p>Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva.</p> <p><b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos.</b></p>				X

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Sevilla	Salud infantil: educación motriz y artística (I)	<p>Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella y abordar la resolución pacífica de conflictos. Saber observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y convivencia y saber reflexionar sobre ellos.</p> <p>Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p> <p>Conocer la evolución del lenguaje en la primera infancia, saber identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución.</p> <p>Abordar con eficacia situaciones de aprendizaje de lenguas en contextos multiculturales y multilingües. Expresarse oralmente y por escrito y dominar el uso de diferentes técnicas de expresión.</p> <p>Conocer las implicaciones educativas de las tecnologías de la información y la comunicación y, en particular, de la televisión en la primera infancia.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la infancia.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Sevilla	Salud infantil: educación motriz y artística (I)	<p>Conocer la organización de las escuelas de Educación Infantil y la diversidad de acciones que comprende su funcionamiento. Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 años, y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente</p> <p>Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo.</p> <p>Comprender la función, las posibilidades y los límites de la educación en la sociedad actual y las competencias fundamentales que afectan a los colegios de Educación Infantil y a sus profesionales. Conocer modelos de mejora de la calidad con aplicación a los centros educativos.</p> <p>Reflexionar desde una perspectiva conceptual sobre los problemas implicados en el currículo de Educación Infantil: individualidad personal, conocimiento del entorno y el fenómeno de la comunicación y representación.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Sevilla	Salud infantil: educación motriz y artística (I)	Promover en los niños y niñas la formación de la percepción, así como el conocimiento y control de su cuerpo a través de la estimulación de los diferentes canales perceptivos.				
	Psicopatología y salud infantil (I)	<p>Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p> <p>Conocer la evolución del lenguaje en la primera infancia, saber identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución. Abordar con eficacia situaciones de aprendizaje de lenguas en contextos multiculturales y multilingües. Expresarse oralmente y por escrito y dominar el uso de diferentes técnicas de expresión.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Sevilla	Psicopatología y salud infantil (I)	<p>Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>				
Universitat de València	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Analizar, elaborar y utilizar materiales y recursos didácticos relacionados con la salud y la alimentación.</p> <p>Crear entornos saludables en la escuela que faciliten la adopción de conductas promotoras de salud.</p> <p>Colaborar con las familias para conseguir un desarrollo armónico de los niños y las niñas y unas pautas de comportamiento saludables.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Detectar carencias afectivas, higiénicas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Colaborar con profesionales especializados para tratar de solucionar problemas de salud.</p> <p>Identificar factores de riesgo para la salud de los escolares y procurar su solución.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p>	X			
	Didáctica de las Ciencias: medio ambiente, biodiversidad y salud (P)	<p>Expresarse oralmente y por escrito correcta y adecuadamente en las lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma.</p> <p>Utilizar con solvencia las tecnologías de la información y de la comunicación como herramientas de trabajo habituales.</p> <p>Promover el trabajo cooperativo y el trabajo y esfuerzo individual.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de las Ciencias: medio ambiente, biodiversidad y salud (P)	<p>Analizar e incorporar de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad actual que afectan a la educación familiar y escolar: impacto social y educativo de los lenguajes audiovisuales y de las pantallas; cambios en las relaciones de género e intergeneracionales.; multiculturales e interculturales; discriminación. E inclusión social y desarrollo sostenible; y también promover acciones educativas orientadas a la preparación de una ciudadanía activa y democrática, comprometida con la igualdad, especialmente entre hombres y mujeres.</p> <p>Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Conocer los procesos de interacción y comunicación en el aula.</p> <p>Reconocer la identidad de cada etapa y sus características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociales y afectivas.</p> <p>Diseñar, planificar y evaluar la actividad docente y el aprendizaje en el aula en contextos multiculturales y de coeducación.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de las Ciencias: medio ambiente, biodiversidad y salud (P)	<p>Saber trabajar en equipo con otros profesionales de dentro y fuera del centro en la atención a cada estudiante, así como en la planificación de las secuencias de aprendizaje y en la organización de las situaciones de trabajo en el aula y en el espacio de juego.</p> <p>Conocer y aplicar metodologías y técnicas básicas de investigación educativa y ser capaz de diseñar proyectos de innovación identificando indicadores de evaluación.</p> <p>Comprender que la observación sistemática es un instrumento básico para poder reflexionar sobre la práctica y la realidad, así como contribuir a la innovación y a la mejora en educación.</p> <p>Identificar y planificar la resolución de situaciones educativas que afecten a estudiantes con diferentes capacidades y diferentes ritmos de aprendizaje, así como adquirir recursos para favorecer su integración.</p> <p>Conocer el currículo escolar de las ciencias naturales.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover la adquisición de competencias básicas en los estudiantes.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de las Ciencias: medio ambiente, biodiversidad y salud (P)	<p>Plantear y resolver problemas de la vida cotidiana relacionados con las ciencias aplicando el razonamiento científico.</p> <p>Promover las competencias propuestas en el currículo en los estudiantes.</p> <p>Elaborar propuestas didácticas en relación con la interacción de ciencias, tecnologías, sociedad y desarrollo sostenible.</p> <p>Promover el interés y el respeto por el medio natural a través de proyectos didácticos adecuados.</p> <p>Desarrollar la capacidad de utilizar el lenguaje, los símbolos, los conceptos y los textos científicos para mantener un diálogo con el mundo natural.</p> <p>Desarrollar la capacidad de identificar, localizar y juzgar apropiadamente las fuentes de información, evaluando su calidad y valor y organizando con ellas la información y el conocimiento.</p> <p>Conocer la metodología científica y promover el pensamiento científico y la experimentación.</p> <p>Favorecer actitudes respetuosas con la preservación del medio ambiente y de la salud.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de la educación física para la salud	<p>Expresarse oralmente y por escrito correcta y adecuadamente en las lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma.</p> <p>Utilizar con solvencia las tecnologías de la información y de la comunicación como herramientas de trabajo habituales.</p> <p>Analizar e incorporar de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad actual que afectan a la educación familiar y escolar: impacto social y educativo de los lenguajes audiovisuales y de las pantallas; cambios en las relaciones de género e intergeneracionales.; multiculturales e interculturales; discriminación. E inclusión social y desarrollo sostenible; y también promover acciones educativas orientadas a la preparación de una ciudadanía activa y democrática, comprometida con la igualdad, especialmente entre hombres y mujeres.</p> <p>Promover el trabajo cooperativo y el trabajo y esfuerzo individual.</p> <p>Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Conocer los procesos de interacción y comunicación en el aula.</p> <p>Reconocer la identidad de cada etapa y sus características cognitivas, psicomotoras, comunicativas, sociales y afectivas.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de la educación física para la salud	<p>Diseñar, planificar y evaluar la actividad docente y el aprendizaje en el aula en contextos multiculturales y de coeducación.</p> <p>Saber trabajar en equipo con otros profesionales de dentro y fuera del centro en la atención a cada estudiante, así como en la planificación de las secuencias de aprendizaje y en la organización de las situaciones de trabajo en el aula y en el espacio de juego.</p> <p>Conocer y aplicar metodologías y técnicas básicas de investigación educativa y ser capaz de diseñar proyectos de innovación identificando indicadores de evaluación.</p> <p>Comprender que la observación sistemática es un instrumento básico para poder reflexionar sobre la práctica y la realidad, así como contribuir a la innovación y a la mejora en educación.</p> <p>Identificar y planificar la resolución de situaciones educativas que afecten a estudiantes con diferentes capacidades y diferentes ritmos de aprendizaje, así como adquirir recursos para favorecer su integración.</p> <p>Conocer los fundamentos teóricos y prácticos del movimiento humano y las actividades físicas.</p> <p>Comprender el movimiento humano y las actividades físico-deportivas como fenómeno sociocultural.</p> <p>Diseñar, desarrollar y evaluar el currículo.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de València	Didáctica de la educación física para la salud	<p>Conocer el currículo oficial de educación física en la educación primaria.</p> <p>Diseñar y desarrollar situaciones de enseñanza/aprendizaje en contextos de diversidad propios de la educación física, con atención a las diferencias de género.</p> <p>Adquirir recursos para fomentar la participación en actividades físico-deportivas a lo largo de la vida.</p> <p>Valorar y saber trabajar de forma cooperativa como condición para la mejora de la actividad profesional.</p> <p>Aprender estrategias para fomentar el desarrollo profesional del docente y su aprendizaje a lo largo de la vida.</p> <p>Adoptar actitud autocrítica ante los procesos de enseñanza y aprendizaje valorando de manera reflexiva las experiencias vividas.</p> <p>Asumir la dimensión deontológica propia de un profesional de la educación física.</p> <p>Conocer y utilizar estrategias y técnicas de búsqueda de información como herramienta para el desarrollo profesional así como las TIC en la educación física y en la promoción de la práctica de actividad física.</p> <p>Adquirir conocimientos introductorios a la investigación.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Valladolid	Infancia y hábitos de vida saludables (I)	<p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles, así como de primeros auxilios, y adquirir capacidad para entender los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</p> <p>Capacidad para saber identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionarlos.</p> <p>Capacidad para saber detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Conocer el desarrollo psicomotor y diseñar intervenciones para promoverlo.</p> <p>Potenciar en los niños y las niñas el conocimiento y control de su cuerpo y sus posibilidades motrices, así como los beneficios que tienen sobre la salud.</p>				
	Educación Física y salud (P)	<p>Conocer y comprender de manera fundamentada el potencial educativo de la Educación Física y el papel que desempeña en la sociedad actual, de modo que se desarrolle la capacidad de intervenir de forma autónoma y consciente en el contexto escolar y extraescolar al servicio de una ciudadanía constructiva y comprometida. El desarrollo de esta competencia conlleva:</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Valladolid	Educación Física y salud (P)	<p>Conocer y valorar el propio cuerpo y sus posibilidades motrices.</p> <p>Conocer el significado de la imagen del cuerpo, de las actividades físicas y su evolución histórico-cultural.</p> <p>Conocer los fundamentos biológicos y fisiológicos del cuerpo humano, así como los procesos de adaptación al ejercicio físico y su relación con la salud, higiene y alimentación.</p> <p>Conocer las capacidades físicas y los factores que determinan su evolución ontogénica y saber aplicar sus fundamentos técnicos específicos.</p> <p>Conocer y analizar el papel del deporte y de la actividad física en la sociedad contemporánea y su influencia en distintos ámbitos sociales y culturales.</p> <p>Saber transformar el conocimiento y la comprensión de la Educación Física en procesos de enseñanza y aprendizaje adecuados a las diversas e impredecibles realidades escolares en las que los maestros han de desarrollar su función docente.</p> <p>Saber diseñar procesos de enseñanza aprendizaje adaptados al desarrollo psicomotor de los niños.</p> <p>Dominar las estrategias y recursos para promover hábitos saludables, estableciendo relaciones transversales con otras áreas del currículo.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Valladolid	Educación Física y salud (P)	Saber detectar dificultades anatómico funcionales, cognitivas y de relación social, a partir de indicios corporales y motrices. Orientar la actividad física que se desarrolla en el centro, en horario escolar y extraescolar, promoviendo la escuela como un entorno activo y saludable.				
	Educación para la salud y su didáctica (I)	Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil. Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia, desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones cognitiva, emocional, psicomotora y volitiva. <b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos.</b> Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella y abordar la resolución pacífica de conflictos. Saber observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y convivencia y saber reflexionar sobre ellos.			X	

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Educación para la salud y su didáctica (I)	<p>Reflexionar en grupo sobre la aceptación de normas y el respeto a los demás. Promover la autonomía y la singularidad de cada estudiante como factores de educación de las emociones, los sentimientos y los valores en la primera infancia.</p> <p>Conocer la evolución del lenguaje en la primera infancia, saber identificar posibles disfunciones y velar por su correcta evolución. Abordar con eficacia situaciones de aprendizaje de lenguas en contextos multiculturales y multilingües. Expresarse oralmente y por escrito y dominar el uso de diferentes técnicas de expresión.</p> <p>Conocer las implicaciones educativas de las tecnologías de la información y la comunicación y, en particular, de la televisión en la primera infancia.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Conocer la organización de las escuelas de educación infantil y la diversidad de acciones que comprende su funcionamiento. Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Educación para la salud y su didáctica (I)	<p>Actuar como orientador de madres y padres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias. Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo en los estudiantes.</p> <p>Comprender la función, las posibilidades y los límites de la educación en la sociedad actual y las competencias fundamentales que afectan a los colegios de educación infantil y a sus profesionales. Conocer modelos de mejora de la calidad con aplicación a los centros educativos.</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Conocer la metodología científica y promover el pensamiento científico y la experimentación.</p> <p>Capacidad de análisis y síntesis</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Educación para la salud y su didáctica (I)	<p>Capacidad de organización y planificación</p> <p>Comunicación oral y escrita</p> <p>Conocimiento de lengua extranjera</p> <p>Conocimiento de informática</p> <p>Capacidad de gestión de la información</p> <p>Resolución de problemas</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Trabajo en un contexto internacional</p> <p>Habilidades en las relaciones interpersonales</p> <p>Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad</p> <p>Razonamiento crítico</p> <p>Compromiso ético</p> <p>Aprendizaje autónomo</p> <p>Adaptación a nuevas situaciones</p> <p>Creatividad y liderazgo</p> <p>Conocimiento de otras culturas y costumbres</p> <p>Iniciativa y espíritu emprendedor</p> <p>Motivación por la calidad</p> <p>Sensibilidad por temas ambientales</p>				
	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	<p>Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.				
		Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.				
Universidad de Vigo	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.				
		Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.				
Universidad de Vigo	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Infantil.				
		<b>Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto a los derechos humanos.</b>				X

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	<p>Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella y abordar la resolución pacífica de conflictos. Saber observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y convivencia y saber reflexionar sobre ellos.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.</p> <p>Actuar como orientador de madres y padres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.</p> <p>Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo en los estudiantes.</p> <p>Conocer los fundamentos musicales, plásticos y de expresión corporal del currículo de esta etapa así como las teorías sobre la adquisición y desarrollo de los aprendizajes correspondientes.</p> <p>Conocer y utilizar canciones para promover la educación auditiva, rítmica y vocal.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Seguridad y hábitos saludables a través de la Educación Física (I) (P)	<p>Saber utilizar el juego como recurso didáctico, así como diseñar actividades de aprendizaje basadas en principios</p> <p>Elaborar propuestas didácticas que fomenten la percepción y expresión musicales, las habilidades motrices, el dibujo y la creatividad.</p> <p>Capacidad de análisis y síntesis.</p> <p>Capacidad de organización y planificación.</p> <p>Capacidad de gestión de la información.</p> <p>Resolución de problemas.</p> <p>Toma de decisiones.</p> <p>Trabajo en equipo.</p> <p>Habilidades en las relaciones interpersonales.</p> <p>Razonamiento crítico.</p> <p>Compromiso ético.</p> <p>Aprendizaje autónomo.</p> <p>Adaptación a nuevas situaciones.</p> <p>Creatividad.</p> <p>Liderazgo.</p> <p>Conocimiento de otras culturas y costumbres.</p> <p>Iniciativa y espíritu emprendedor.</p> <p>Motivación por la calidad.</p> <p>Sensibilidad por temas ambientales.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Zaragoza	Infancia, salud y alimentación (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en la alimentación.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico de niños y niñas de la etapa infantil.</p> <p>Asumir que el ejercicio de la función docente ha de ir perfeccionándose y adaptándose a los cambios científicos, pedagógicos y sociales a lo largo de la vida.</p> <p>Entender el aprendizaje como un hecho global, complejo y trascendente, diseñando, planificando, organizando y animando situaciones de aprendizaje.</p> <p>Gestionar y autorregular la progresión de los aprendizajes adaptándose a nuevas situaciones e interrelacionando saberes para elaborar otros nuevos.</p> <p>Trabajar en equipo siendo capaz de ejercer diferentes roles dentro del grupo.</p>	X			
	Psicología y salud infantil (I)	Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludable				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Zaragoza	Psicología y salud infantil (I)	Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.  Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Abat Oliba CEU	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Conocer los diferentes elementos que influyen en la promoción de la salud infantil: nutrición, higiene personal, higiene postural, etc, y que pueden afectar al desarrollo integral y equilibrado del niño.</p> <p>Conocer, identificar y diferenciar los conceptos básicos sobre salud y la alimentación.</p> <p>Conocer diferentes estrategias de promoción de hábitos para el cuidado de la salud infantil y la promoción de un entorno y hábitos saludables.</p> <p>Conocer y aplicar programas de intervención para la mejora de la salud física, mental y emocional en educación infantil.</p> <p>Conocer las formas de prevención y detección de los trastornos, las enfermedades y los accidentes más frecuentes que presentan los niños durante la edad preescolar.</p> <p>Poner en práctica sus habilidades didácticas en el diseño de estrategias que promuevan en los niños la adquisición de conocimientos, hábitos y actitudes favorables para su salud y su cuidado personal.</p> <p>Identificar los distintos tipos y funciones de los nutrientes.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Abat Oliba CEU	Infancia, salud y alimentación (I)	Adquirir los conocimientos necesarios sobre el tipo y características de los distintos grupos de alimentos y proporciones en las que estos deben estar presentes para disponer de una dieta sana y equilibrada. Conocer las relaciones que existen entre la alimentación y el ejercicio físico. Saber llevar al aula los conceptos de nutrición aprendidos para el fomento en la educación de hábitos saludables. Diseñar procesos didácticos de información y asesoramiento a las familias y de colaboración con las instituciones sanitarias.				
	Higiene alimentaria, salud y desarrollo personal (I)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
Universidad Alfonso X El Sabio	Higiene corporal y salud pública (I)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Alfonso X El Sabio	Higiene, salud, actividad física y deporte(I)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
	Bases de entretenimiento y acondicionamiento físico orientado a la salud y al rendimiento (P)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
Universidad Antonio de Nebrija	Autonomía personal y salud (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Camilo José Cela	Prevención y promoción de la salud escolar (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
	Infancia, salud y alimentación (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
Universidad Cardenal Herrera-CEU	Educación Física y salud (P)	Especializarse en el dominio de los contenidos y metodologías de la educación física para ofrecer un valor añadido en esta materia en el ámbito de la enseñanza primaria.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Cardenal Herrera-CEU	Educación Física y salud (P)	Intensificar el conocimiento del currículo escolar de la educación física, siendo capaz de coordinar la enseñanza de esta materia en los diferentes ciclos y la interdisciplinaridad con otras materias. Ser capaz de coordinar las actividades y recursos para la actividad físico-deportiva del Centro.				
Universidad Católica de Ávila	Promoción del desarrollo saludable (I)	<b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b> Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado a los estudiantes.	X			
Universidad Católica de Valencia	Salud escolar (I)	Comprender los procesos de aprendizaje y educativos durante la infancia en los ámbitos familiar, social y escolar. Conocer las particularidades evolutivas durante la infancia. Reconocer la identidad de la etapa y sus características cognitivas, comunicativas, sociales, afectivas y psicomotoras, como base fundamental en el desarrollo de capacidades y aprendizajes escolares.				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Católica de Valencia	Salud escolar (I)	<p>Conocer los principales aspectos evolutivos de este periodo, con el fin de detectar dificultades del desarrollo y necesidades educativas.</p> <p>Analizar e incorporar de forma crítica las cuestiones más relevantes de la sociedad actual que afectan a la educación familiar y escolar: impacto social y educativo de los lenguajes audiovisuales y de las pantallas; cambios en las relaciones de género e intergeneracionales; multiculturalidad e interculturalidad; discriminación e inclusión social y desarrollo sostenible.</p> <p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Diseñar y realizar proyectos de investigación educativa utilizando los recursos y la metodología adecuados.</p>	X			

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Católica de Valencia	Tratamiento de la actividad física, salud y necesidades educativas especiales (P)	<p>Comprender los principios que contribuyen a la formación cultural, personal y social desde la Educación Física.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la Educación Física.</p> <p>Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades deportivas dentro y fuera de la escuela.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos del currículo mediante recursos didácticos apropiados y promover las competencias correspondientes a los estudiantes.</p>				
Universidad Católica San Antonio	Infancia, salud y alimentación (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Católica San Antonio	Salud y bienestar en la edad escolar (I)	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
Universidad de Deusto	Alumnado con trastornos de conducta o de salud mental (P)	<p>Diseñar estrategias orientadas a promover de manera intencional una sociedad justa e igualitaria entre hombres y mujeres, entre personas de diferentes culturas, el respeto a los derechos humanos que conformen los valores de la formación ciudadana, el desarrollo sostenible, y la inclusión de las personas con necesidades educativas especiales.</p> <p>Aplicar las tecnologías de la información y de la comunicación con un enfoque educativo, aprovechando su potencial para contribuir al aprendizaje y a la adquisición de las competencias pretendidas.</p> <p>Adaptar las propuestas didácticas a las necesidades y dificultades del alumnado, utilizando estrategias de evaluación adecuadas.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Deusto	Alumnado con trastornos de conducta o de salud mental (P)	<p>Promover la educación emocional y las competencias básicas para la vida, a través de estrategias específicamente destinadas a ello (actividades, modalidades de actuación, trabajo colaborativo, organización participativa del centro).</p> <p>Informar y orientar a las familias y hacerlas partícipes de los procesos formativos, coordinando la intervención en la escuela y en casa.</p> <p>Colaborar y recurrir oportunamente a los servicios sociales y sanitarios adoptando una perspectiva comunitaria.</p>				
Universidad Europea de Madrid	Actividad física y salud (I) (P)	<p>Analizar y aplicar los principios fisiológicos, biomecánicos, psicológicos y sociales a los diferentes campos de la actividad física, el deporte y la recreación.</p> <p>Trasmitir actitudes y valores en la práctica profesional en todos los ámbitos de la actividad física y del deporte, participando en la mejora de la sociedad. Identificar prácticas inadecuadas que supongan riesgo para la salud, con el fin de evitarlas y corregirlas en los diferentes tipos de población.</p> <p>Evaluar el nivel de condición física y habilidad motriz prescribiendo y programando ejercicios físicos orientados a la salud en las diferentes edades.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Europea de Madrid	Actividad física y salud (I) (P)	<p>Promover y evaluar hábitos perdurables y autónomos de práctica de la actividad física y deporte orientados a la salud.</p> <p>Seleccionar y saber utilizar el material y el equipamiento deportivo adecuado para cada tipo de actividad, identificando las características técnicas de los diferentes espacios deportivos.</p> <p>Intervenir con criterio propio en la sociedad manifestando un discurso teórico, académico y profesional relativo a las ciencias de la actividad física y del deporte.</p>				
	Autonomía personal y salud	<p><b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b></p> <p>Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p>	X			
Universidad Francisco de Vitoria	Salud y actividad física (P)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Intern. De Catalunya	Infancia, salud y alimentación (I)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
Universidad Mondragón	Educación Física, salud y bienestar (P)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
Universidad de Navarra	Educación para la salud (I) (P)	Realizar materiales-guía para orientar en el uso didáctico de medios educativos o el desarrollo de procesos de formación (en el ámbito de la Educación para la salud).				
Universidad Pontificia Comillas	Autonomía personal y salud infantil (I)	<p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables durante la etapa de Educación Infantil.</p> <p>Identifica las características y necesidades de los niños de 0 a 6 años en relación con el desarrollo de hábitos y rutinas saludables en alimentación, vestimenta, descanso e higiene.</p> <p>Valora la importancia de la prevención de accidentes y conoce las acciones principales en el aula y el hogar.</p> <p>Conoce los principales problemas que surgen en la edad de 0 a 6 años en relación con la creación de hábitos saludables y sabe cómo actuar frente a ellos.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pontificia Comillas	Autonomía personal y salud infantil (I)	<p>Diseña ambientes y actividades favorecedoras de la autonomía de sus alumnos teniendo en cuenta los momentos evolutivos en los que éstos se encuentran. Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual en el periodo 0-6.</p> <p>Conoce las alteraciones más frecuentes que afectan a los ritmos circadianos de los niños de 0 a 6 años (sueño y alimentación). Identifica los trastornos psicomotores más frecuentes en la edad de 0 a 6 años.</p> <p>Conoce los problemas de memoria y atención más habituales en la edad de 0 a 6 años.</p> <p>Sabe cuáles son las alteraciones perceptivas más significativas en los niños de 0 a 6 años.</p> <p>Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos en la etapa de Educación Infantil.</p> <p>Conoce actividades preventivas en relación con la salud que se pueden desarrollar desde diversos ámbitos profesionales.</p> <p>Tiene una actitud positiva hacia la colaboración multidisciplinar para la resolución de problemas que tienen que ver con la salud y la puesta en práctica de programas preventivos.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pontificia Comillas	Autonomía personal y salud infantil (I)	<p>Maneja los principales conceptos relacionados con la protección a la infancia. Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el adecuado desarrollo físico y psíquico de las alumnas y los alumnos de 0 a 6 años.</p> <p>Identifica situaciones que atentan contra el bienestar físico y/o psíquico de sus alumnos (maltrato familiar, falta de cuidado parental, ausencia de atención médica). Puede planificar acciones preventivas concretas en relación con la salud de sus alumnos, tanto en el entorno escolar como en el hogar.</p> <p>Conoce los principales problemas que pueden surgir en la edad de 0 a 6 que se relacionan con la imagen y el esquema corporal, la identidad y la autoestima.</p>				
Universidad Pontificia de Salamanca	Salud infantil (I)	<p>Mostrar habilidades sociales para entender a las familias y hacerse entender por ellas. Conocer la dimensión pedagógica de la interacción con los iguales y los adultos y saber promover la participación en actividades colectivas, el trabajo cooperativo y el esfuerzo individual.</p> <p>Conocer la evolución histórica del sistema educativo en nuestro país y los condicionantes políticos y legislativos de la actividad educativa.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pontificia de Salamanca	Salud infantil (I)	Conocer la legislación que regula las escuelas infantiles y los colegios de educación primaria y su organización.				
	Bases anatomofisiológicas del ejercicio físico y salud (P)	<p>Conocer y saber aplicar los primeros auxilios.</p> <p>Promover hábitos y estilos de vida saludable en relación con la actividad física.</p> <p>Saber detectar dificultades anatómico-funcionales.</p> <p>Conocer los beneficios que tiene el ejercicio físico para la salud.</p> <p>Conocer los fundamentos biológicos y fisiológicos del cuerpo humano, así como los procesos de adaptación al ejercicio físico y su relación con la salud, la higiene y la alimentación.</p>				
	Infancia, salud y alimentación: educación y salud (I)	<p>Saber colaborar con los profesionales especializados para solucionar estos trastornos.</p> <p>Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturban el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.</p> <p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y un comportamiento saludables (crítica).</p> <p>Identificar trastornos del sueño, alimentación, del desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual (crítica).</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pontificia de Salamanca	Infancia, salud y alimentación: educación y salud (I)	<p>Entender la salud mental como un aspecto de la salud global de la persona.</p> <p>Preparar, seleccionar o construir materiales didácticos y utilizar la evaluación en su función propiamente pedagógica y no sólo acreditativa (crítica).</p> <p>Promover la calidad de los contextos (aula y centro) en los que se desarrolla el proceso educativo, de forma que se garantice el bienestar de los alumnos.</p> <p>Colaborar con los diferentes sectores de la comunidad educativa y del entorno.</p>				
Universitat Ramon Llull	Enseñanza y aprendizaje de la Educación Física y educación para la salud (P)	<p>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludable.</p> <p>Identificar los trastornos del sueño, alimentación, desarrollo psicomotor, atención y percepción auditiva y visual, y colaborar con los profesionales especializados para el tratamiento de los mismos.</p> <p>Comprender los principios que contribuyen a la formación cultural, personal y social desde la Educación Física.</p> <p>Conocer el currículo escolar de la Educación Física y su relación con otras disciplinas.</p> <p>Conocer los fundamentos biológicos y fisiológicos del cuerpo humano y su aplicación práctica durante el período educativo.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Ramon Llull	Enseñanza y aprendizaje de la Educación Física y educación para la salud (P)	<p>Conocer al niño, sus necesidades y posibilidades desde el respeto de su individualidad.</p> <p>Detectar las carencias afectivas, de alimentación y bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico de los estudiantes.</p> <p>Identificar y emplear convenientemente la metodología específica de la Educación Física en la escuela y las relaciones con otras áreas de conocimiento.</p> <p>Identificar los déficits corporales, orgánicos y motores, así como las prácticas que lo comprometen y disponer de estrategias de adecuación.</p> <p>Promover hábitos saludables en todos los ámbitos de la persona desde una cultura de respeto y aprecio por el propio cuerpo y por la vida.</p> <p>Desarrollar estrategias que favorezcan la inteligencia emocional, las relaciones interpersonales y las habilidades sociales como la empatía, la asertividad y la escucha activa.</p> <p>Dar respuesta a la diversidad en las prácticas de Educación Física.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad San Pablo-CEU	Infancia, salud y alimentación (I)	<p>Comprender el papel de la alimentación en la salud humana, desde las primeras etapas de la vida, incluyendo la modificación de la ingesta de alimentos y nutrientes y cómo pueden aplicarse tales modificaciones a la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de enfermedades.</p> <p>Identificar las características determinantes de los hábitos alimentarios de diversas poblaciones pediátricas y sus consecuencias sobre la salud.</p> <p>Reconocer los problemas y las barreras que impiden una correcta alimentación en los niños tanto a nivel individual como en colectivos sanos y enfermos. Diseñar, implementar y evaluar programas educativos, a nivel individual y colectivo, capaces de modificar los hábitos alimentarios adaptados a niños de corta edad.</p> <p>Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles. Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permiten comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la infancia.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad San Pablo-CEU	Infancia, salud y alimentación (I)	Adquirir la capacidad de colaborar en el crecimiento armónico de la persona del alumno. Presentar de forma positiva la riqueza y el valor de las virtudes y conocer los medios para fomentarlas y vivirlas.  Informar y asesorar a las familias acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje y sobre la orientación personal, académica y profesional de sus hijos.				
A Distancia de Madrid	Salud, infancia y alimentación (I)	<b>Capacidad para conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b>  Capacidad para Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.  Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.  Capacidad para detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.	X			
Universidad Intern. de la Rioja	La Educación Física, la salud y la educación en valores (I) (P)	Conocimiento de las bases de la psicomotricidad.  Capacidad para llevar a la práctica los contenidos teóricos.  Habilidad en el diseño y puesta en práctica de tareas psicomotrices.				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Intern. de la Rioja	La Educación Física, la salud y la educación en valores (I) (P)	<p>Conocimiento de las bases anatómicas y fisiológicas del cuerpo humano, en especial aquellas relacionadas con el movimiento y el ejercicio físico.</p> <p>Comprensión y capacidad para aplicar los conocimientos anatómicos adquiridos al estudio de movimientos corporales simples y complejos, y saber identificar y describir cuáles son los grupos musculares concretos implicados en cada uno de ellos.</p> <p>Comprensión y capacidad para describir las funciones básicas de los sistemas y aparatos del organismo humano sano durante el ejercicio físico.</p> <p>La educación física, la salud y la educación en valores</p> <p>Conocimiento de las repercusiones de la actividad física, realizada de forma adecuada o inadecuada, sobre la salud y la calidad de vida.</p> <p>Conocimiento y capacidad para elaborar y llevar a la práctica sesiones para el desarrollo y la mejora de las capacidades físicas.</p> <p>Conocimiento y capacidad para resolver situaciones básicas de primeros auxilios dentro de la clase de educación física.</p>				

**Tabla 64**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Intern. de la Rioja	La Educación Física, la salud y la educación en valores (I) (P)	<p>Capacidad para diseñar, desarrollar y evaluar los procesos de enseñanza-aprendizaje relativos a la actividad física y el deporte con atención a las características individuales y contextuales de las personas en edad escolar.</p> <p>Capacidad para promover la formación de hábitos perdurables y autónomos de práctica de la actividad física y del deporte entre la población escolar.</p> <p>Capacidad para seleccionar y utilizar de forma adecuada el material y equipamiento deportivo, adecuado para cada tipo de actividad dentro de la clase de educación física.</p> <p>Capacidad para mejorar las habilidades corporales expresivas, comunicativas y estéticas tanto de forma individual como en grupo y atendiendo a la diversidad de los alumnos.</p> <p>Comprensión, integración y adquisición de conocimientos y habilidades procedimentales para gestionar la expresión corporal y sus manifestaciones expresivas dentro de un contexto escolar.</p> <p>Capacidad para incentivar en el alumno la imaginación y la creatividad por medio del estudio de las diferentes técnicas expresivas corporales.</p>				

Tabla 64

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Isabel I de Castilla	Autonomía personal y salud infantil (I)	<b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b> Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos. Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.	X			
	Infancia, salud y alimentación (I)	<b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b> Identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos. Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.	X			

**Tabla 65**

*Selección de competencias de Educación para la Salud extraídas de las guías docentes de las titulaciones de Pedagogía de las universidades del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria*

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Murcia	Educación para la salud y promoción de la calidad de vida	Conocer, comprender y analizar los referentes teóricos, históricos, culturales, sociológicos, económicos, psicológicos, comparados, políticos y legales de la educación y la formación, de forma reflexiva y crítica.				
		Conocer, analizar, diseñar y valorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje, así como su incidencia en la formación integral.				
		Conocer, diseñar, desarrollar, coordinar y valorar estrategias y programas educativos y formativos.				
		Analizar necesidades educativas y formativas y determinar propuestas de acción dirigidas a personas o grupos y particularmente a aquellos con necesidades específicas en situaciones de desigualdad, vulnerabilidad y exclusión social.				
		Conocer, diseñar y valorar recursos o medios didácticos con criterios de calidad e integración curricular.				
		Conocer, planificar, desarrollar y valorar procesos de formación y desarrollo profesional y de la carrera.				

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de las guías docentes de las asignaturas relacionadas con la Ed. para la Salud de las titulaciones de Pedagogía.

Tabla 65

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad del País Vasco	Salud y educación	<p><b>Saber comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad.</b></p> <p>Actualizar conocimientos sobre nutrición y su influencia en la salud, asumiendo comportamientos y habilidades saludables, a fin de orientar la intervención en la práctica pedagógica.</p> <p>Saber entender la sexualidad humana de manera libre y responsable para el logro del bienestar armónico personal y social y la consecución del reconocimiento y garantía de los derechos sexuales de las personas.</p> <p>Ser capaz de interpretar el medio ambiente en su totalidad, para una sensibilización y concienciación para la adquisición de un cambio actitudinal responsable con el medio.</p> <p>Ser capaz de analizar alguno de los principales contaminantes y/o problemas ambientales, y cómo éstos influyen en la salud humana.</p>	X			

**Tabla 66**

*Selección de competencias basado en las competencias específicas de las asignaturas relacionadas con Educación para la Salud extraídas de las guías docentes analizadas de las titulaciones de Educación social del ámbito nacional aplicables a la formación en Pedagogía Hospitalaria*

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Autònoma de Barcelona	Educación para la salud	Aplicar el pensamiento sistémico en el análisis de problemas y temáticas ambientales.				
		Conocer los factores que inciden en las drogodependencias y los programas preventivos y de reducción de daños.				
		Conocer los fundamentos teóricos y metodológicos de la educación para la salud.				
		Conocer las características principales de las enfermedades mentales.				
		Conocer las principales líneas de intervención de la educación para la salud.				
		Diseñar programas de educación para la salud.				
		Entregar en tiempo y forma las actividades propuestas.				
		Organizar el trabajo de forma estructurada en relación a las demandas.				
		Reconocer los diferentes modelos de sostenibilidad en las propuestas educativas.				
		Ser capaz de establecer vínculos entre conocimiento y acciones ambientales y de consumo sostenibles.				

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de las guías docentes de las asignaturas relacionadas con la Ed. para la Salud de las titulaciones de Educación Social.

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Almería	Educación y desarrollo sostenible: consumo y medio ambiente	Diagnosticar y analizar los factores y procesos que intervienen en la realidad sociocultural con el fin de facilitar la explicación de la complejidad socioeducativa y la promoción de la intervención.				
		Diseñar, planificar, gestionar y desarrollar diferentes recursos, así como evaluar planes, programas, proyectos y actividades de intervención socioeducativa, participación social y desarrollo en todos sus ámbitos.				
		Adquirir las habilidades, destrezas y actitudes para la intervención socioeducativa.				
		Diseñar, planificar y evaluar procesos educativos.				
		Valorar la responsabilidad individual y colectiva en la consecución de un futuro sostenible.				
		Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor educativa.				
		Conocer y aplicar en las aulas las tecnologías de la información y de la comunicación social.				
		Comprender los procesos de aprendizaje en el contexto familiar, social y escolar.				
		Analizar y comprender los procesos educativos en el aula y fuera de ella.				
		Conocer los procesos de interacción y comunicación en el aula.				
Promover el trabajo cooperativo y el trabajo y esfuerzo individuales.						

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Almería	Educación y desarrollo sostenible: salud, consumo y medio ambiente	<p>Promover acciones de educación en valores orientadas a la preparación de una ciudadanía activa y democrática. Conocer y aplicar experiencias innovadoras.</p> <p>Relacionar la educación con el medio, y cooperar con las familias y la comunidad. Comprender los principios básicos y las leyes fundamentales de las ciencias ambientales, así como los principales problemas a los que se enfrenta la humanidad y sus consecuencias. Plantear y resolver problemas asociados con las ciencias a la vida cotidiana. Valorar las ciencias ambientales como un hecho cultural.</p> <p>Reconocer la mutua influencia entre ciencia, sociedad y desarrollo tecnológico, así como las conductas ciudadanas pertinentes, para procurar un futuro sostenible.</p> <p>Desarrollar y evaluar contenidos mediante recursos didácticos apropiados y promover la adquisición de competencias básicas en los estudiantes. Relacionar teoría y práctica con la realidad del centro y del entorno. Fomentar estilos de vida saludables.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Burgos	Cuidados de salud para la ciudadanía	Fomentar estilos de vida saludables.				
	Prevención y promoción de la salud y dependencias	<p>Capacidad de análisis y síntesis.</p> <p>Comunicación oral y escrita en la lengua materna.</p> <p>Capacidad para trabajar en equipo.</p> <p>Habilidad en las relaciones interpersonales.</p> <p>Razonamiento crítico.</p> <p>Creatividad.</p> <p>Conocer los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que afectan a los procesos de la educación social.</p> <p>Saber aplicar los fundamentos teóricos de la educación social a los distintos ámbitos y grupos de intervención.</p> <p>Identificar necesidades, conflictos o situaciones de riesgo.</p>				
Universidad de Córdoba	Educación para la salud y la calidad de vida	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Extremadura	Diseño de programas de educación para la salud	<p>Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones educativo-sociales.</p> <p>Aplicar metodologías específicas de la acción educativo-social.</p> <p>Gestionar y coordinar entidades, equipamientos y grupos, de acuerdo a los diferentes contextos y necesidades.</p> <p>Asesorar y acompañar a individuos y grupos en procesos de desarrollo educativo-social.</p> <p>Trabajo en equipo interdisciplinar.</p> <p>Trabajo en otros contextos nacionales o internacionales.</p>				
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	Intervención socioeducativa para la promoción de hábitos de vida saludables y reeducación de adicciones	<p>Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos relacionados con la promoción de la salud y la reeducación de adicciones</p> <p>Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones encaminadas a conocer los factores de riesgo y de protección en el ámbito de las adicciones</p> <p>Diseñar y desarrollar intervenciones socioeducativas a partir de la información obtenida para generar de hábitos y conductas saludables, especialmente en la prevención de enfermedades y adicciones en la población</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	Intervención socioeducativa para la promoción de hábitos de vida saludables y reeducación de adicciones	Diseñar y desarrollar programas y proyectos dirigidos a la promoción de hábitos de vida saludable y reeducación de adicciones teniendo en cuenta sus posibles determinantes.				
		Crear condiciones organizativas y formativas adecuadas que permitan detectar conductas nocivas y situaciones de riesgo para la salud física y mental de personas, así como conocer los servicios y programas socioeducativos destinados a la promoción de hábitos de vida saludable y reeducación de las adicciones.				
Universidad de León	Educación para la salud	<p>Habilidad para el aprendizaje</p> <p>Capacidad reflexiva sobre su propio trabajo</p> <p>Gestión: capacidad de gestionar tiempos y recursos: desarrollar planes, priorizar actividades, identificar las críticas, establecer plazos y cumplirlos</p> <p>Habilidad de documentación: consulta de bases de datos relevantes en el campo profesional, consulta de revistas específicas, navegación “experta” por Internet...</p> <p>Capacidad de análisis y síntesis: descomponer situaciones complejas en partes para su análisis y reunir información disgregada para analizarla como un todo</p> <p>Habilidades de relación interpersonal: capacidad para relacionarse adecuadamente con los demás.</p>				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de León	Educación para la salud	<p>Adaptación a nuevas situaciones</p> <p>Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio</p> <p>Expresión escrita: saber expresarse con claridad en la redacción de escritos adecuando el estilo del lenguaje al interlocutor y utilizando vocabulario específico y relevante</p> <p>Expresión oral: saber expresarse con claridad en conversaciones o debates adecuando el estilo del lenguaje al interlocutor y utilizando vocabulario específico y relevante</p> <p>Trabajo en equipo: Capacidad de compromiso con un equipo, hábito de colaboración y trabajo solucionando conflictos que puedan surgir.</p> <p>Liderazgo: capacidad para liderar grupos de trabajo, reuniones, supervisar personas...</p> <p>Toma de decisiones y solución de problemas: localización del problema, identificar causas y alternativas de solución, selección y evaluación de la más idónea.</p> <p>Pensamiento crítico: capacidad de analizar, sintetizar y extraer conclusiones de un artículo (ya sea de opinión o científico)</p> <p>Dirigir, coordinar y supervisar planes, programas y proyectos socioeducativos</p> <p>Asesorar en la elaboración y aplicación de planes, programas, proyectos y actividades socioeducativos</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de León	Educación para la salud	<p>Conocer las características fundamentales de los entornos sociales y laborales de intervención</p> <p>Diseñar, utilizar y evaluar los medios didácticos en la intervención socioeducativa</p> <p>Saber utilizar los procedimientos y técnicas socio pedagógicas para la intervención, la mediación y el análisis de la realidad personal, familiar y social</p> <p>Aplicar técnicas de detección de factores de exclusión y discriminación que dificultan la inserción social y laboral de sujetos y colectivos</p> <p>Organizar y gestionar proyectos y servicios socioeducativos (culturales, de animación y tiempo libre, de intervención comunitaria, de ocio...)</p> <p>Diseñar, aplicar programas y estrategias de intervención socioeducativa en los diversos ámbitos de trabajo</p> <p>Evaluar programas y estrategias de intervención socioeducativa en los diversos ámbitos de trabajo</p> <p>Utilizar técnicas concretas de intervención socio-educativa y comunitaria (dinámica de grupos, motivación, negociación, asertividad, etc.).</p> <p>Incorporar los recursos sociales, institucionales, personales y materiales disponibles para llevar a cabo el trabajo en un determinado ámbito de acción</p> <p>Producir medios y recursos para la intervención socioeducativa.</p>				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de León	Educación para la salud	<p>Colaborar y asesorar en la elaboración de programas socioeducativos en los medios y redes de comunicación e información (radio, televisión, prensa, internet, etc.).</p> <p>Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos en las modalidades presenciales y virtuales.</p> <p>Diseñar y desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario</p> <p>Elaborar y gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa</p> <p>Aplicar metodologías específicas de la acción socioeducativa.</p> <p>Intervenir en proyectos y servicios socioeducativos y comunitarios.</p> <p>Gestión: capacidad de gestionar tiempos y recursos: desarrollar planes, priorizar actividades, identificar las críticas, establecer plazos y cumplirlos</p> <p>Habilidad de documentación: consulta de bases de datos relevantes en el campo profesional, consulta de revistas específicas, navegación “experta” por Internet...</p> <p>Capacidad de análisis y síntesis: descomponer situaciones complejas en partes para su análisis y reunir información disgregada para analizarla como un todo</p> <p>Adaptación a nuevas situaciones.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de León	Educación para la salud	<p>Liderazgo: capacidad para liderar grupos de trabajo, reuniones...</p> <p>Toma de decisiones y solución de problemas: localización del problema, identificar causas y alternativas de solución, selección y evaluación de la más idónea</p> <p>Pensamiento crítico: capacidad de analizar, sintetizar y extraer conclusiones de un artículo.</p> <p>Razonamiento cotidiano: capacidad de buscar argumentos de sentido contrario a la propia opinión (marco teórico, ideología, valores, conflictos sociales...)</p> <p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</p> <p>Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.</p>				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Lleida	Salud y bienestar profesional	<p>Situar la figura y la actividad del educador, desde sus diferentes vertientes, como objeto de estudio como factor relevante en la calidad de los procesos de enseñanza / aprendizaje</p> <p>Relacionar y contextualizar los diversos aspectos de la actividad docente con las demandas y los procesos de cambio social</p> <p>Incorporar y compartir actitudes de reflexión y de autoconocimiento aplicables a la vida profesional docente</p> <p>Conocer los factores de riesgo que comporta el ejercicio de la profesión docente</p> <p>Aprender y ejercitar técnicas y habilidades docentes para prevenir y afrontar el malestar docente</p> <p>Dominar la terminología sobre salud y prevención para comprender e interactuar eficazmente con otros profesionales.</p> <p>Analizar necesidades así como diseñar, aplicar y evaluar planes, programas, proyectos y actividades de intervención en contextos diversos.</p>				
	Acción socioeducativa en el ámbito de la salud mental	<p>Capacidad crítica, de análisis y síntesis.</p> <p>Comunicación oral y escrita en lengua materna.</p> <p>Habilidades en las relaciones interpersonales.</p> <p>Conocimiento de otras culturas y costumbres.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat de Lleida	Acción socioeducativa en el ámbito de la salud mental	<p>Conocer los referentes de las ciencias humanas y sociales que aportan al trabajo social y la educación social elementos de comprensión de la realidad social.</p> <p>Comprender críticamente los modelos de intervención en trabajo social y educación social.</p> <p>Saber aplicar los métodos y técnicas de intervención social en los diferentes ámbitos y campos de actuación.</p> <p>Analizar y evaluar los problemas y necesidades sociales presentes en la sociedad.</p>				
Universidad de Murcia	Educación y promoción de la salud	<p>Desarrollar la comprensión de los contextos y fundamentos teóricos de la educación social tomando en consideración sus dimensiones históricas, antropológicas, psicológicas y sociales, así como las tradiciones teóricas, investigadoras y prácticas en este ámbito de conocimiento e intervención educativa.</p> <p>Desarrollar capacidades de análisis de realidades sociales y educativas y la elaboración de proyectos de intervención en relación con diferentes contextos, sujetos y colectivos con los que trabaja la Educación Social.</p>				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Murcia	Educación y promoción de la salud	<p>Desarrollar capacidades relacionadas con el desarrollo inteligente de proyectos echando mano de diversas herramientas conceptuales y prácticas, así como la capacidad de utilizarlas creativamente atendiendo de criterios de equidad y deontología profesional.</p> <p>Comprender la educación social en relación con los contextos y dinámicas históricas, antropológicas, psicológicas y sociales, políticas y legislativas que afectan a la organización y prestación de servicios sociales y educativos, teniendo en cuenta las tradiciones teóricas y profesionales en Educación y Pedagogía Social.</p> <p>Comprender y aplicar diversos enfoques, metodologías y técnicas de investigación, acción y mejora en los ámbitos de la educación social.</p> <p>Tomar conciencia de las dimensiones organizativas y profesionales de la Educación Social, así como de sus relaciones con el entorno social, potenciando la creación de redes y servicios sociales y educativos integrados.</p>				
Universidad de Oviedo	Desarrollo, comportamiento y salud	<b>Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</b>	X			

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Oviedo	Desarrollo, comportamiento y salud	Identificar trastornos del sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual. Colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos				
		Detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.				
Universidad Pablo de Olavide	Educación para la salud y calidad de vida	Diagnosticar y analizar los factores y procesos que intervienen en la realidad sociocultural con el fin de facilitar la explicación de la complejidad socioeducativa y la promoción de la intervención.				
		Diseñar, planificar, gestionar y desarrollar diferentes recursos, así como evaluar planes, programas, proyectos y actividades de intervención socioeducativa, participación social y desarrollo en todos sus ámbitos. Adquirir las habilidades, destrezas y actitudes para la intervención socioeducativa. Afrontar los deberes y dilemas éticos con espíritu crítico ante las nuevas demandas y formas de exclusión social que plantea la sociedad del conocimiento a la profesión del educador/a social.				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Pablo de Olavide	Programas de inserción en salud, prevención y promoción en el ámbito de la educación para el desarrollo	<p>Conocer y comprender de forma crítica las bases teóricas y metodológicas que desde perspectivas pedagógicas, sociológicas, psicológicas sustentan los procesos socioeducativos, así como los marcos legislativos que posibilitan, orientan y legitiman la acción del Educador y Educadora social.</p> <p>Diseñar, planificar, gestionar y desarrollar diferentes recursos, así como evaluar planes, programas, proyectos y actividades de intervención socioeducativa, participación social y desarrollo en todos sus ámbitos.</p> <p>Adquirir las habilidades, destrezas y actitudes para la intervención socioeducativa.</p> <p>Conocer, comprender y desarrollar las posibilidades que ofrecen las TIC en el ámbito de la intervención socioeducativa y sus procesos de gestión y organización.</p>				
Universidad de Salamanca	Educación para la salud	<p>Conocer los fundamentos teóricos (pedagógicos, sociológicos y psicológicos) de la intervención socioeducativa.</p> <p>Diseñar y desarrollar planes, programas y proyectos socioeducativos.</p> <p>Gestionar medios y recursos para la intervención socioeducativa.</p> <p>Aplicar técnicas, medios y recursos en los diversos ámbitos de intervención socioeducativa.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Salamanca	Educación para la salud	<p>Conocer las características fisiológicas, psicológicas y sociológicas de las diferentes etapas en el desarrollo evolutivo de las personas.</p> <p>Diseñar, aplicar, organizar y gestionar programas y recursos de intervención socioeducativa con menores.</p> <p>Diseñar, aplicar, organizar y gestionar programas y recursos de intervención socioeducativa con personas adultas y mayores.</p> <p>Diseñar, aplicar, organizar y gestionar programas y recursos de intervención en educación y prevención de conflictos, maltrato y violencia de género.</p> <p>Adquirir habilidades sociales y de comunicación interpersonal que posibiliten y favorezcan el trabajo en entornos multiculturales.</p> <p>Mostrar una actitud empática, respetuosa, solidaria y de confianza hacia las personas e instituciones objeto de la intervención socioeducativa.</p>				
	Educación para la salud. Prevención de conductas adictivas	<p>Conocer y manejar los conceptos y contenidos fundamentales en relación con la salud y la educación.</p> <p>Entender el lugar que ocupa la Educación para la salud en nuestro sistema educativo.</p> <p>Saber aplicar las principales metodologías, estrategias y políticas en Ed. S.</p> <p>Manejar los distintos contenidos y ámbitos en Educación para la Salud.</p> <p>Elaborar programas de Educación para la Salud.</p>				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Valladolid	Educación para la salud	<p>Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses</p> <p>Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.</p> <p>Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.</p>				
Universidad de Vigo	Intervención en salud y Educación Social	<p>Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.</p> <p>Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.</p> <p>Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Intervención en salud y Educación Social	Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.				
		Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.				
		Transmitir, promover y desarrollar la cultura				
		Generar redes sociales, contextos, procesos y recursos educativos y sociales				
		Intervenir como mediador social, cultural y educativo				
		Conocer, analizar e investigar los contextos sociales y educativos				
		Diseñar, implementar y evaluar programas y proyectos socioeducativos				
		Gestionar, dirigir, coordinar y organizar instituciones y recursos socioeducativos				
		Integrar críticamente los supuestos teóricos, filosóficos, históricos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos, culturales, políticos, legislativos que están en la base de los procesos de intervención socioeducativa				
		Asumir y orientarse de acuerdo con valores de igualdad y de ciudadanía democrática, y capacitar para la prevención y la mediación en casos de violencia en sus diferentes manifestaciones (simbólica, de género, laboral, escolar, sexual, étnica...)				
Analizar y diagnosticar la realidad compleja que fundamenta el desarrollo de los procesos socioeducativos						

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad de Vigo	Intervención en salud y Educación Social	Comprender la trayectoria de la educación social y la configuración de su campo e identidad profesional, a nivel comunitario, estatal, europeo e internacional				
		Potenciar estructuras y procesos de participación y acción comunitaria, aplicando programas y técnicas de intervención				
		Desarrollar programas y proyectos en el contexto familiar y escolar				
		Organizar y gestionar proyectos y servicios culturales, medioambientales, de ocio y tiempo libre				
		Diseñar, aplicar y evaluar programas y estrategias de intervención socioeducativa en el ámbito del desarrollo comunitario y cooperación al desarrollo				
		Diseñar, aplicar y evaluar programas y estrategias de intervención en el ámbito cultural y para la inserción social y laboral				
		Asesorar en la elaboración y aplicación de planes, programas, proyectos y actividades socioeducativas				
		Capacidad de análisis y síntesis				
		Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional				
		Gestión de la información y resolución de problemas y toma de decisiones				
		Dominio de metodologías y técnicas educativas, dinamizadoras de asesoramiento y orientación				
		Capacidad para integrarse y comunicarse con expertos de otras áreas y en distintos contextos				
		Reconocimiento y respecto a la diversidad y multiculturalidad				
		Compromiso ético y orientación a la calidad				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universidad Camilo José Cela	Educación para la salud y la prevención de conductas de riesgo	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
	Salud y vulnerabilidad social (gente mayor y salud comunitaria)	Guías no publicadas en el momento de su consulta.				
Universitat Ramon Llull	Intervención socioeducativa en el ámbito de la salud mental	Incorporar capacidades básicas para la comprensión de algunos fenómenos psicosociales que acompañan a la salud mental. Ser capaz de dar respuesta de forma eficaz a las necesidades psicosociales de las personas con problemas de salud mental con el diseño, implementación y evaluación de intervenciones socioeducativas para promover el desarrollo y la autonomía de las personas, así como su vinculación al entorno.				
	Salud, sexualidad y relaciones interpersonales en la adolescencia	Conceptualizar la adolescencia como el resultado de complejas interacciones de variables biológicas, psicológicas y sociales. Caracterizar los cambios psicobiológicos, sociales, emocionales e intelectuales de la adolescencia.				

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Ramon Llull	Salud, sexualidad y relaciones interpersonales en la adolescencia	<p>Detectar los conflictos que aparecen en la adolescencia y desarrollar estrategias para poder abordarlos.</p> <p>Promover el desarrollo y la autonomía en personas adolescentes, con el objetivo de propiciar su participación y compromiso en el entorno.</p> <p>Desarrollar habilidades específicas de comunicación efectiva con los adolescentes.</p>				
	Salud mental	<p>Entender la salud mental como el resultado de complejas interacciones de variables biológicas, psicológicas y sociales.</p> <p>Utilizar los conocimientos de la Psicopatología como marco de referencia para analizar el comportamiento de personas, grupos y organizaciones, reconociendo las diferencias individuales que pueden influir en la aparición o mantenimiento de las desigualdades.</p> <p>Aplicar de manera crítica y reflexiva los conocimientos adquiridos sobre salud mental, con el propósito de iniciar procesos de cambio en situaciones de necesidad y de conflicto en cualquier etapa del ciclo vital.</p> <p>Reconocer y ser sensible a los diferentes tipos de factores que pueden incidir en la aparición y mantenimiento de los trastornos mentales.</p> <p>Interpretar adecuadamente los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales utilizados internacionalmente.</p> <p>Identificar situaciones de crisis o de riesgo social a consecuencia de la presencia de sintomatología de algún trastorno mental.</p>				

Tabla 66

Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Ramon Llull	Salud mental	<p>Leer de manera crítica la bibliografía en referencia a los trastornos mentales, para poderla situar en un marco epistemológico y valorar sus aportaciones.</p> <p>Emplear adecuadamente el vocabulario específico de la disciplina.</p>				
	Educación para la salud	<p>Conocer la importancia de la Educación para la Salud en la mejora de la calidad de vida.</p> <p>Identificar las principales dimensiones y factores que deben ser objeto de atención en Educación para la Salud.</p> <p><b>Estudiar los principales problemas de salud que afectan a la sociedad actual y que requieren para su prevención un tratamiento educativo.</b></p> <p>Conocer los procesos metodológicos aplicados a la Educación para la Salud.</p> <p>Identificar los valores que subyacen en elecciones saludables.</p> <p>Identificar los principales campos de intervención.</p> <p>Conocer los principales factores determinantes de la salud.</p>	X			

**Tabla 66**  
Continuación

Universidad	Asignatura	Competencias específicas	CR	CR	CR	CR
			1	2	3	4
Universitat Oberta de Catalunya	Acción socioeducativa y salud mental	<p>Resolución de problemas y toma de decisiones.</p> <p>Reflexividad y autocrítica para con el propio trabajo y sus implicaciones.</p> <p>Adaptación a nuevas situaciones y problemáticas sociales mediante el aprendizaje permanente.</p> <p>Compromiso ético con las personas, las instituciones y la práctica profesional.</p> <p>Identificación y emisión de juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional.</p> <p>Diagnosic de situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas.</p> <p>Diseño y desarrollo de procesos de participación social y desarrollo comunitario.</p> <p>Promoción de procesos de dinamización social y cultural.</p>				

